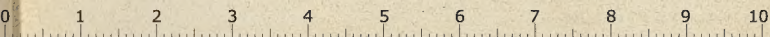


ARCHIVES INTERNATIONALES
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE
RHINOLOGIE



MACON, PROTAT FRERES, IMPRIMEURS

ARCHIVES INTERNATIONALES DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Directeur : C. CHAUVEAU

Secrétaire général : E. Molard.

Secrétaires de la Rédaction : M. Menier. A.-R. Salamo.

AVEC LA COLLABORATION DE :

MM. les D^{rs} BONNIER, CARTAZ, CHATELLIER, CHAVASSE (Val-de-Grâce), COLIN, COURTADE, CUVILLIER, DANET, DILPONTE, DIDSURBY, GELLÉ, G. GELLÉ fils, GLOVER, GOLSCUKANO, GOULY, GROSSHARD, HECKEL, HÉLME, HERCK, KOENIG, LACROIX, G. LAURENS, LUBET-BARBON, MALHERBE, MARAGE, MARTIN, MENDEL, MOUNIER, POTIQUET, WEISMANN.
BAR (de Nice), DOUGLAS AIGRE (Boulogne-sur-Mer), BEAUSOLEIL (Bordeaux), BONAIN (Brest), CHAVANNE (Lyon), Prof. COLLET (Lyon), DELOBEL (Lille), ESCAT (Toulouse), FAIVRE (Poitiers-Luchon), FORESTIER (Aix-les-Bains), FREY (Montreux), DE GORSE (Luchon), HEDON (Montpellier), HELOT (Rouen), JACQUIN (Reims), JOUTY (Oran), LABIT (Tours), LÉON (Angers), LICHTWITZ (Bordeaux), MASSIER (Nice), MENIER (Figeac), MIGNON (Nice), MOLINIE (Marseille), PANNÉ (Nevers), PILLEMENT (Nancy), PERRETIÈRE (Lyon), RAULT (Nancy), RAUGE (Challes), RICARD (Alger), ROQUES (Cannes), ROURE (Valence), ROYET (Lyon), SARGNON (Lyon), SIMON (Reims), TEXIER (Nantes), TOUCHET (Montpellier), VAQUIER (Tunis), VERGNAUD (Brest), ALEXANDER (Berlin), ALEXANDER (Vienne), ARTZROUNY (Tillis), W.-L. BALLINGER (Chicago), BOTELLA (Madrid), BOTEY (Barcelone), BRIEGER (Breslau), BRUNETTI (Venise), BRYSON-DELAVAL (New-York), BUYS (Bruxelles), CALAMIDA (Milan), CHEVALLIER-JACKSON (Pittsburg), Prof. CITELLI (Calane), Prof. CHIARI (Vienne), COMPAIRE (Madrid), COSTINIU (Bucarest), DELIE (Ypres), DREYFUS (Strasbourg), DUNDAS-GRANT (Londres), Prof. FERRERI (Rome), Prof. FLATAU (Berlin), OTTO FREER (Chicago), HUGO FREY (Vienne), Prof. GERONZI (Rome), Prof. GRADENIGO (Turin), GOMPERTZ (Vienne), HARRIS (New-York), HAJEK (Vienne), Prof. HAUG (Munich), Prof. PAUL HEYMANN (Berlin), IMHOFF (Prague), MAX KAHN (Wursbourg), Charles H. KNIGHT (New-York), KRONENBERG (Solingen), LAMBERT (Canada), RICHARD LAKE (Londres), MANCIOLI (Rome), MANGAKIS (Athènes), MASINI (Gênes), Prof. MASSEI (Naples), MELZI (Milan), Prof. MERMOD (Lausanne), Prof. OSTMANN (Marbourg), Prof. OKUNEFF (Saint-Petersbourg), Prof. PIENIAZEK (Cracovie), POBWISSOZKI (Kiew), PUGNAT (Genève), PUTELLI (Venise), ROBERTSON (Chicago), Prof. ROSENBERG (Berlin), MAX SCHEIER (Berlin), Prof. SCHIFFERS (Liège), Prof. SCHMIEGELOW (Copenhague), Prof. SCHÖNEMANN (Belgique), Prof. SCHRETTGER (Vienne), SOHIER BRYANT (New-York), SOKOLOWSKI (Vrsovie), DE STELLA (Gand), DE STEIN (Moscou), SAINT-CLAIR THOMSON (Londres), WALTER WELLS (Washington), WILSON-PRÉVOST (New-York), ZIEM (Danzick).

AVEC LE CONCOURS DE :

MM. les Professeurs BOUCHARD, BRISSAUD, GAUCHER, GEORGES, HUTINKL, RAYMOND, SIEUR, VINCENT, BARTH, BAZY, BÉCLÈRE, BROCA, CHAPUT, COMBY, HALLOPEAU, HUCHARD, JALAGUIER, LE GENDRE, LETULLE, MARFAN, MICHAUD, MOIZARD, PICQUÉ, RICARD, RICHARDIÈRE, TALAMON, TAPRET, médecins et chirurgiens des hôpitaux, VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.

TOME XXXIV

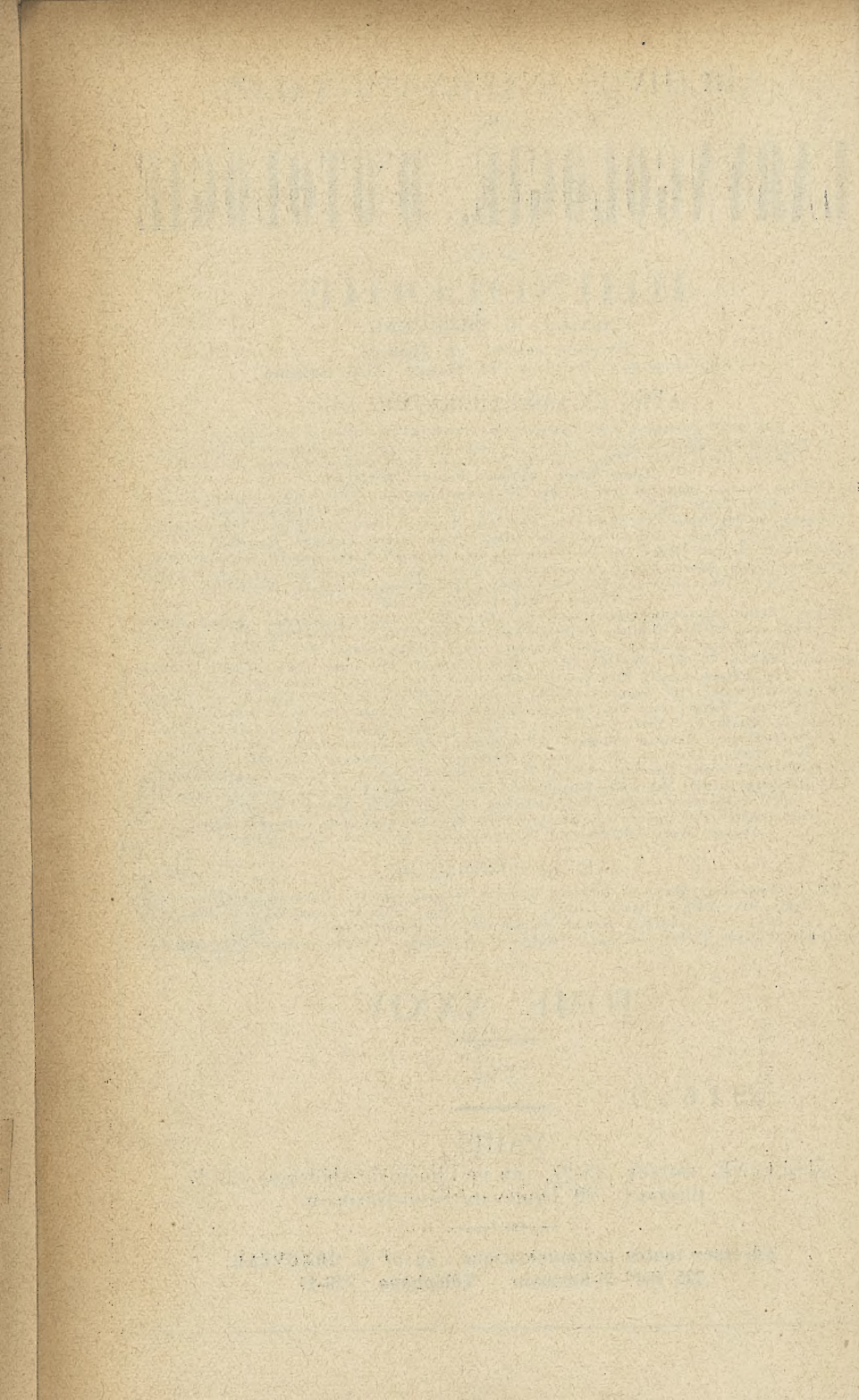
1912

91610

PARIS

MALOINE, ÉDITEUR, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, 25-27.
BUREAUX : 99, boulevard Saint-Germain.

Adresser toutes communications : au Dr C. CHAUVEAU,
225, Bard St-Germain — Téléphone : 726-27



TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE CERTAINES LÉSIONS DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES AU POINT DE VUE DE LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCU- LEUSE ¹.

Par le prof. **Gherardo FERRERI** (de Rome).

La prophylaxie antituberculeuse dépend d'une préparation disciplinée et collective. Supériorité des dispensaires sur les sanatoriums comme instituts d'éducation hygiénique et comme offices de renseignements. — La déclaration obligatoire. — Pour cette œuvre défensive, il est indispensable que les médecins possèdent des connaissances rhino-laryngologiques. — Surveillance à l'école et à domicile. Propagande contre les crachats, le *surmenage* vocal, le commerce ambulants, et en faveur de la vie aux champs, des écoles en plein air et des colonies scolaires. — L'État doit prendre la direction de la lutte antituberculeuse, créer des services spéciaux, et en premier lieu installer des cliniques rhino-laryngologiques dont l'importance est grande pour dépister le mal à son origine.

*
* *

De tous les points du monde civilisé, des voix s'élèvent pour réclamer l'organisation de sérieux moyens de défense, contre le principal fléau de la société moderne, la tuberculose, que chacun doit chercher à combattre au moyen de ses propres études et de son expérience personnelle.

Aussi serions-nous impardonnable si nous n'apportions à cette réunion, où se concentrent les nouvelles tendances humanitaires du monde entier, notre contribution, d'autant plus que la spécialité que nous exerçons nous procure l'occasion de découvrir le germe tuberculeux caché dans les premières voies respiratoires.

En effet, d'ordinaire, les lésions initiales assez fréquentes dans la tuberculose des premières voies respiratoires échappent aux praticiens, tandis qu'elles ne peuvent se dérober à l'œil du spécialiste qui devient ainsi un précieux auxiliaire de la lutte antituberculeuse, basée principalement sur le diagnostic précoce et l'appréciation exacte des manifestations initiales.

Beaucoup de sujets dangereux éludent ainsi les diverses organisations sanitaires dédiées à la lutte anti-tuberculeuse (sana-

1. Communication lue au Congrès intern. contre la tuberculose. Rome, avril 1912.

toriums, services hospitaliers spéciaux, hospices maritimes, colonies de montagnes, etc.), mais ils seraient découverts dans les dispensaires dont nous étions déjà partisan convaincu, à l'époque où le sanatorium faisait rage. C'est surtout dans les centres secondaires privés de cliniques spéciales, que ces dispensaires seraient utiles, car ils serviraient à diriger les malades vers des services mieux organisés. Leur importance est de tout premier ordre au double point de vue scientifique et social, surtout dans un pays tel que le nôtre, sevré de mesures hygiéniques pour prévenir la maladie. De tous côtés, on préconise l'isolement des malades, la désinfection des locaux et des objets leur ayant servi, on a inoculé la terreur de la poussière et des contacts, on est arrivé à engendrer une véritable phobie des malheureux phtisiques, mais on s'est bien gardé de fournir au peuple le moyen de se prémunir contre l'infection, épargnant ainsi des dommages incalculables aux familles et à la collectivité.

On a organisé avec succès, la lutte contre l'alcoolisme, la malaria, la pellagre, l'ankylostomiase, mais on n'a presque rien tenté contre la tuberculose qui fait tant de victimes. Nous avons gâché un temps précieux en discussions, en projets de sanatoriums fastueux, beaucoup trop onéreux pour nos finances et nous avons négligé le dispensaire qui, comme organisation, répondrait mieux à nos besoins.

Même si l'Italie comptait de nombreux sanatoriums, des hôpitaux marins, etc., la lutte n'aboutirait à aucun résultat positif, en l'absence d'organes susceptibles de signaler le danger parmi les agglomérations de toute nature : écoles, magasins, navires d'émigrants, etc.

Le phtisique reconnu constitue un danger réel, mais on considérera comme plus redoutable, l'individu sain en apparence qui recèle un germe tuberculeux ignoré. En Italie, après la publication d'études emphatiques contre la tuberculose calquées sur celles qui parurent en Allemagne, nous sommes peut-être au-dessous de ce qui se passait sous le règne de Ferdinand IV, roi des Deux-Siciles, à la fin du ^{xviii}^e siècle, et du Grand-duc de Toscane en 1754, alors qu'il fallait dénoncer la présence des tuberculeux et que l'on infligeait des peines sévères à ceux qui recélaient des objets ayant appartenu aux malades. Ces dispositions rationnelles tombèrent en désuétude par le fait de l'incrédulité et du manque de respect, ainsi qu'il advient aujourd'hui de la défense de cracher par terre qui est partout affichée en vain. Dans les circonstances présentes, avec les progrès de l'éducation et de la civilisation, il faudrait que les Italiens qui

s'intéressent aux problèmes sociaux, instituent des éléments de lutte conformes à l'esprit de la nation. De même qu'en France, pour l'Italie, la meilleure institution me semble le dispensaire prophylactique, dû à l'initiative géniale de Calmette et Malvoz, et préconisé en Italie avec ardeur par Pio Foa dans un rapport qu'il lut à Milan lors du 1^{er} Congrès National anti-tuberculeux. Nous rapporterons les paroles de l'illustre savant : nous disons prophylactique parce que nous entendons désigner une institution consacrée à prévenir et non à guérir ; un établissement social et non professionnel, ne pouvant être confondu avec une polyclinique, mais qui commencerait où cette dernière prend fin ! Outre qu'il dépisterait le mal, le dispensaire offrirait encore l'avantage de signaler les malades aux œuvres de prévoyance et d'assistance en leur indiquant le meilleur mode d'intervention et la surveillance à laquelle le malade et sa famille devraient se soumettre. La prophylaxie constitue pour notre pays une nécessité, attendu que les cinq millions d'ouvriers italiens répandus sur tout le globe, par leurs allées et venues, véhiculent des germes d'infection, surtout dans les villages où rien ne s'oppose à la diffusion du mal. Ainsi advient-il que de nombreuses régions, indemnes pendant longtemps, sont maintenant décimées par la tuberculose, sans que l'État tente quoi que ce soit pour combattre ou circonscrire le mal ; on n'oblige même pas le médecin cantonal à acquérir à l'Université certaines notions rhino-laryngologiques qui pourraient le mettre à même de reconnaître les candidats à la tuberculose et les porteurs de germes ignorés.

L'étude de la diffusion de la tuberculose dans la classe ouvrière ne deviendra efficace que lorsqu'on aura contracté l'habitude de rechercher dans les voies respiratoires supérieures les causes initiales de l'infection. Cette étude ne repose pas uniquement sur des données physiologiques, hygiéniques et cliniques, elle doit être appuyée sur une culture technique spéciale qui ne peut être acquise sans suivre un cours de clinique rhino-laryngologique.

Actuellement, même en Italie, la législation sur le travail a créé un corps d'inspecteurs sanitaires compétents en matière d'hygiène qui sont tenus de suivre dans les Universités les cours de médecine légale et d'oculistique, mais ils sont exonérés de toutes notions oto-rhino-laryngoiatriques, aussi faudrait-il que l'étude de ces matières devint obligatoire.

Si pour partir en guerre, la volonté est insuffisante sans le concours des soldats, de même pour lutter contre la tuberculose, il faut installer des dispensaires ayant à leur tête des médecins offrant des garanties scientifiques suffisantes. Je crois devoir

attirer à nouveau l'attention sur la nécessité de l'enseignement obligatoire des maladies des premières voies respiratoires supérieures, alors que d'autres spécialités moins importantes au point de vue social figurent au programme. Il ne s'agit pas de former une légion de laryngologistes, mais de faire en sorte que tous les médecins, tant civils que militaires, les inspecteurs d'assurances et des écoles, les commissaires d'émigration et ceux qui sont employés aux colonies répondent à ce que la société exige actuellement pour la sauvegarde des individus et des masses.

Ainsi, on obtiendra une catégorie de médecins possédant une culture adaptée à la lutte antituberculeuse et les jeunes gens qui fréquenteront nos cours de perfectionnement y arriveront déjà préparés par leurs études universitaires.

A notre avis, l'inspection et la législation sanitaire doivent s'appuyer sur un dispensaire confié à une direction compétente, la surveillance des grands établissements étant devenue illusoire. La visite à domicile nous semble aussi d'une certaine utilité afin de pouvoir dénoncer les industries dangereuses et les foyers disséminés qui devront passer sous la tutelle de l'hygiène publique et privée.

De plus, le dispensaire nous permettra d'exclure les femmes de certaines industries et d'élever la limite d'âge pour le travail des enfants; il faudra également discerner entre les travaux pouvant être effectués isolément ou en commun, à l'air libre ou dans des locaux fermés et désigner les emplois dont seront exclus les candidats à la tuberculose.

La question de la déclaration, discutée depuis si longtemps par le bureau international de la lutte antituberculeuse, ne doit pas affecter un caractère de persécution, mais elle a un but prophylactique consistant à obliger l'État, les communes, les industriels, les propriétaires, etc., à prendre les mesures hygiéniques aptes à étouffer l'infection sitôt qu'un foyer est découvert. Si le service de déclaration, complété par des moyens prophylactiques dès l'apparition d'un centre infectieux, mettait en pratique les études qui ont eu pour objet de combattre le terrible fléau, il n'y a pas de doute qu'en peu d'années le peuple comprendrait la valeur de ces organes de défense sociale et qu'ayant appris à reconnaître le péril, il s'en garderait mieux qu'il ne le fait actuellement.

Metchnikoff dit que ce qui terrorise en cas de maladie infectieuse, c'est l'ignorance de l'agent pathogène, et il raconte qu'en 1865, il quitta Naples par crainte du choléra, de même que Schopenhauer, en 1830, avait abandonné Berlin dans les mêmes conditions; maintenant que l'on sait que le choléra est provoqué

exclusivement par le bacille de Koch, la fuite devant une épidémie semble ridicule, attendu que des précautions appropriées permettent d'y échapper. Le bacille de la tuberculose étant plus résistant et plus répandu, constitue un danger plus grand que le bacille en virgule; toutefois, si pour le combattre on était suffisamment outillé et que l'on s'employât à éteindre dès le principe les foyers d'infection, ainsi que l'on s'y prend pour le choléra, nos efforts ne demeureraient plus stériles et nous entrerions dans une phase résolutive qui aboutirait à la victoire.

Les Italiens ont besoin de s'accoutumer aux mesures d'hygiène et lorsque leurs convictions se seront affermies et que leur manière de vivre sera plus saine, ils se soumettront aux lois sanitaires destinées à atténuer la contagion tuberculeuse. Comme les réformes d'idées et d'habitudes ne s'improvisent pas, mais se préparent de longue main, elles agiront surtout sur les générations futures; aussi le mot d'ordre devrait-il être: « Tâchons d'instruire et d'éduquer ». C'est ce que préconisait de Vestea, au Congrès de Milan, dans son rapport sur *l'enseignement de l'hygiène dans les écoles au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose*; nous ajouterons qu'aucune école ne pourrait égaler le dispensaire.

* *

Nous avons parlé des préceptes d'hygiène générale enseignés au dispensaire; à notre point de vue spécial, il nous reste à faire ressortir l'importance de l'examen systématique des premières voies aériennes pour la prophylaxie et la répression de la tuberculose, car on sait désormais que beaucoup de malades affectés de tuberculose latente présentent des manifestations pathognomoniques des voies respiratoires supérieures. Ces sujets, les femmes et les enfants en particulier, s'ils ne sont pas exclus en temps utile de l'école ou de l'atelier, risquent de propager leurs bacilles en parlant, en toussant, en crachant et en les disséminant dans l'espace. Le danger est plus grand dans les milieux ouvriers où l'alimentation est insuffisante et où l'on travaille en chambre, sans lumière, en soumettant l'organisme au surmenage, le tronc étant replié en avant et la respiration s'effectuant par la région thoracique inférieure. Les femmes fournissent un contingent plus élevé à la mortalité par la tuberculose contractée à domicile à la suite d'un travail excessif et dangereux; c'est à ce douloureux phénomène que se rattache le problème de la maison ouvrière hygiénique à bon marché. A dire vrai, les municipalités de Milan et de Rome se sont préoccupées de la question des habitations salubres pour la classe ouvrière, et elles ont com-

mencé à édifier des maisons à petit loyer répondant aux exigences hygiéniques et sociales.

Il arrive fréquemment que le laryngologiste soit le premier à signaler une infection tuberculeuse menaçante dont le médecin traitant ne soupçonnait même pas la possibilité, et, en recherchant l'étiologie, nous trouvons que pour les femmes, c'est la maison qui doit être incriminée, tandis que pour les enfants, c'est trop souvent à l'école que les élèves toussotants, admis sans examen préalable, constituent l'intermédiaire infectieux à l'égard des sujets sains.

La maternité, dans toutes ses phases — grossesse, accouchement et allaitement — est si intimement liée au problème de la prophylaxie tuberculeuse, qu'il faut que nous nous étendions sur ce chapitre qui a été longuement discuté dans les Congrès nationaux et étrangers. Certains points ont été controversés et des vues discordantes ont été échangées entre les laryngologistes et les gynécologistes. Ainsi, à la récente réunion de la Société berlinoise de laryngologie, Wolff-Eisner dit qu'il est généralement malaisé de savoir si la phtisie pulmonaire s'aggrave sous l'influence de la grossesse et qu'il a même vu des cas où la maladie s'atténua par la gestation. Je me permettrai d'opposer à ces vues optimistes mon expérience de laryngologiste, confirmée par les observations de Imhofer, de Poli, de Bilancioni, qui affirment à nouveau l'influence délétère de la grossesse sur les localisations laryngiennes du bacille tuberculeux chez les primipares en particulier. Tous ceux qui pratiquent des examens laryngoscopiques ont toujours remarqué chez les femmes enceintes, alors même qu'elles ont une apparence saine, l'existence d'une hyperémie et d'un œdème de la glotte et en particulier de l'orifice laryngien qui constitue un terrain favorable à l'implantation du germe spécifique sur la muqueuse des premières voies aériennes.

Étant donné que la tuberculose s'aggrave toujours au cours de la grossesse, il faudrait, d'après certains accoucheurs, recourir constamment à l'avortement artificiel, intervention condamnée par Wolff-Eisner au point de vue médico-légal, si l'on ne peut discerner la tuberculose active de la forme torpide; cette opinion est partagée par von Rosthorn, Pradella et Pestalozza.

Ce sont surtout les cas soignés dans les cliniques et les dispensaires prophylactiques qui nous fournissent des matériaux précieux qui, joints à ceux des maternités, nous permettront d'aboutir à des conclusions définitives plus avantageuses, tant pour les mères que pour les enfants.

Les difficultés sont facilement surmontées en cas de cachexie

avancée, vu que d'ordinaire ces femmes sont peu aptes à la conception, mais il faudra prendre en considération les formes initiales et douteuses et tenir compte des jeunes filles anémiques, ayant l'aspect de phtisiques, présentant des troubles menstruels (dysménorrhée, aménorrhée, coïncidant généralement avec les premières atteintes du mal), ces manifestations précoces siégeant dans le larynx et aux sommets pouvant échapper au médecin traitant.

Ainsi, dans son rapport, Wolff-Eisner préconise l'épreuve de la tuberculine (cuti-réaction, procédé de von Pirquet, ophtalmo-réaction de Calmette), la percussion des sommets par la méthode de Kroenig, la radiographie, etc., pour décider s'il convient d'interrompre la grossesse, mais il néglige l'examen du larynx qui, dans des cas nombreux, révélerait une localisation dangereuse du bacille de Koch.

S'il est exact que tous les accoucheurs s'accordent à reconnaître la nécessité d'interrompre la grossesse au début, dans les trois premiers mois, pour tâcher d'enrayer le mal, et que l'accouchement provoqué expose la femme à de plus grands dangers que les couches normales, vu la fréquence des hémorragies chez les tuberculeuses, il convient de proclamer le droit du laryngologiste à être appelé à donner son avis en cette occurrence. A ce propos, il faut remémorer la généreuse initiative de Kuttner qui, à l'aide de conférences et de circulaires, a dressé une abondante statistique, d'où résulte clairement la nécessité de la collaboration des laryngologistes avec les gynécologistes et les spécialistes s'occupant de la phtisie pour solutionner les nombreuses questions qui nous sont posées aux points de vue pratique, familial et social. Une tuberculeuse qui a repoussé d'inoffensifs préservatifs contre la fécondation doit-elle accepter l'avortement provoqué durant les premiers mois de la grossesse? L'opinion du laryngologiste sera d'un grand poids pour vaincre les hésitations de l'opérateur.

Nous croyons que lorsque le traitement général échoue chez les femmes tuberculeuses enceintes, il est logique et humain de diagnostiquer dès le début les symptômes locaux fauteurs de l'aggravation et qui sont d'un pronostic sombre pour la mère et l'enfant. Au cas où il s'agit simplement de lésions des premières voies respiratoires sans participation pulmonaire, nous devons agiter la question de savoir s'il ne convient pas d'abréger la grossesse pour enrayer le mal; tandis qu'en présence de lésions pulmonaires invétérées, après avoir prévenu la famille que les chances d'amélioration sont minimales, il vaut mieux préserver le fœtus et s'efforcer de prolonger la gestation le plus longtemps possible.

Les dispensaires sont surtout appelés à prodiguer des conseils aux femmes du peuple, aux ouvrières, qui fournissent le plus fort contingent des complications laryngiennes de la tuberculose ; il faut les hospitaliser, si elles sont enceintes, dans des établissements spéciaux (sanatoriums, maternités) où elles seront constamment surveillées. Nous ne discuterons pas pour décider s'il faut proposer à ces malheureuses des moyens antifécondants, ou l'avortement provoqué durant les trois premiers mois de la grossesse, ou la stérilisation par la castration ou la ligature des trompes ; en cas de sténose et de dysphagie, si l'on a un médecin sous la main, la trachéotomie s'impose pour mettre au repos les organes vocaux et enrayer les troubles réflexes pouvant exercer une influence défavorable sur l'évolution de la grossesse. Les opérations sont pratiquées dans les cliniques pour les formes graves reconnues ; mais les dispensaires recueillent surtout les candidats à la tuberculose et les malades chez lesquels la tuberculose sommeille jusqu'à ce qu'elle se déclare lors du moindre incident, qui peut être la grossesse chez la femme. Pour cette catégorie, la mission bienfaisante du dispensaire consistera à diagnostiquer le mal au début et à préconiser des mesures prophylactiques ; on se gardera de recommander les pratiques malthusiennes, mais on signalera les dangers auxquels une femme tuberculeuse s'expose par la grossesse et l'allaitement associés à des lésions laryngées ; on l'avertira que souvent la phtisie évolue sans symptômes apparents et, qu'en cas de grossesse, les complications des premières voies aériennes mettent en péril la mère et l'enfant. Si, ultérieurement, les lésions laryngiennes s'accroissent et assument une allure progressive avec tendance œdémateuse, ainsi qu'on l'observe chez les albuminuriques et les cardiaques, il convient de les obliger à se faire soigner dans une clinique obstétricale où elles recevront les soins que nécessite leur état. Je ne m'occuperai pas ici de ces indications, au sujet desquelles on pourra consulter le travail de Bilancioni qui s'est occupé, à ma clinique, de ce côté de la question.

*
*
*

Les médecins qui dirigent les dispensaires antituberculeux devront s'inquiéter de la manière de vivre de leurs clients, du genre de travail auquel ils se livrent et surtout des femmes, en raison de leurs conditions physiologiques et sociales particulières et des enfants. En effet, ce sont ces derniers qui fréquentent en plus grand nombre les dispensaires, et c'est sur eux que l'on constate le plus aisément si la tuberculose incipiente a été contractée dans la famille ou à l'école.

Nous aurions le vif désir de mettre en lumière le côté utilitaire du dispensaire qui consiste à signaler les cas suspects et à exercer une action médicale efficace en surveillant les écoliers, surtout dans les petites communes isolées et les régions montagneuses qui, par suite du retour d'émigrants, présentent de nombreux foyers tuberculeux entretenus par le séjour momentané ou permanent des malades.

Cette surveillance qui, dans les grandes villes, est du ressort des inspecteurs des écoles, appartiendra aux dispensaires antituberculeux communaux ou entretenus par des associations, qui noteront la fréquence du mal dans certaines écoles et la forme épidémique de quelques variétés de tuberculose infantile; ils constitueront alors le meilleur instrument pour combattre la contagion avec fruit chez les enfants et dans leurs familles auxquelles ils transmettraient le germe fatal. Pendant longtemps encore, en Italie, ces dispensaires antituberculeux seront les moyens de défense les plus sûrs à opposer à la contagion qui menace l'homme arrivé à son développement complet. Quant à présent, sauf dans les grands centres, l'école ne constitue pas encore pour les enfants la demeure hygiénique et confortable leur offrant le bien-être qu'ils devraient avoir dans la maison paternelle, mais qu'ils y rencontrent rarement. Du reste, pourraient faire des hygiénistes en présence d'écoles de villages mal aménagées pour recevoir de jeunes enfants très exposés aux infections en raison de leur âge peu avancé? Qu'arrivera-t-il, lorsque ces écoles insalubres seront fréquentées par quelques élèves qui véhiculeront les germes de la famille dont ils partagent l'existence?

Je suis heureux de constater que la question de la tuberculose à l'école figure au programme de ce Congrès international, aussi je reviendrai sur un thème que j'ai soutenu depuis longtemps et à plusieurs reprises sur la supériorité pratique reconnue des dispensaires antituberculeux vis-à-vis des sanatoriums. Cette opinion, basée sur l'expérience et des faits, a reçu confirmation, par la construction d'un nombre restreint de sanatoriums d'une utilité douteuse et la création de plusieurs dispensaires. Au sujet de ces derniers, j'insisterai sur leur fonction prophylactique; ils doivent assumer les charges qui incombent à l'inspection scolaire dans les grandes villes, c'est-à-dire dénoncer les cas suspects et veiller à l'isolement des malades. Les dispensaires seraient également chargés de faire inspecter les écoles qui souvent fonctionnent dans des conditions hygiéniques déplorable dans les villes de province et les faubourgs, soit qu'elles

soient installées dans des locaux malsains, ou que l'aération soit défectueuse et qu'il y ait trop d'élèves en dépit des règlements administratifs qui devraient être formels.

C'est du dispensaire que doit partir la croisade pour l'utilité du travail et de l'école en plein air comme principe de prophylaxie antituberculeuse; il faudrait imposer aux municipalités l'aménagement de parcs et de jardins proportionnés à la superficie bâtie et aux besoins hygiéniques de la classe pauvre qui ne possède pas les moyens de villégiaturer. C'est aussi dans les dispensaires qu'il faudra trier les enfants non tuberculeux, mais issus de parents tuberculeux ou appartenant à des familles dans lesquelles la phtisie frappe plusieurs générations, pour les diriger sur des colonies scolaires, où par la vie au grand air se sanctionnent deux axiomes classiques : l'un, le plus ancien, de J.-J. Rousseau, disant que *l'haleine de l'homme est un poison pour l'homme*; l'autre, plus récent, de Pasteur qui, s'attendant sur la première enfance, déclare que le *mieux est de préserver la graine*. Ce sont ces paroles qui induisirent Grancher à fonder son œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose et nous voudrions qu'on s'occupât, dans les dispensaires, de combattre à un âge plus avancé l'aérophobie, à seule fin d'entraver les progrès de la tuberculose.

Si l'on est impressionné par la gravité des lésions tuberculeuses des premières voies respiratoires observées chez les femmes et favorisées par une existence trop sédentaire, il ne faut pas négliger, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici, la tuberculose torpide des vieillards incapables de travailler et qui, passant leurs journées dans des locaux insalubres, facilitent la contagion familiale.

Les vieillards peuvent ignorer leur affection tuberculeuse et propager ainsi involontairement le mal dans leur entourage et surtout chez les enfants qui leur sont confiés. Depuis une trentaine d'années, sous ce rapport, on a observé une sorte de fanatisme morbide et de mode parmi les classes dirigeantes, qui consiste à favoriser presque exclusivement les institutions de bienfaisance réservées à l'enfance, contrairement à ce qui nous a été enseigné par les habitudes d'une longue suite de siècles au cours desquels on s'appliquait par-dessus tout à soulager les vieillards et les vaincus de l'âpre lutte pour la vie. Il nous semble, au risque de nous voir jeter la pierre, que l'on dépasse la mesure sentimentale en faveur de l'enfance jusqu'à vouloir infuser la vie à ceux qui n'ont pas la force de l'alimenter et en négligeant tout autre âge aussi digne d'aide et de considération.

C'est des dispensaires que doit partir la croisade contre les

crachats, à l'aide de conférences, de devises inscrites sur les couvertures de cahiers scolaires, de plaques dans les voitures publiques, de projections, de rappels au respect des règlements hygiéniques, etc. Mais cela ne suffit pas ; ces offices prophylactiques devront aussi engendrer la lutte à outrance contre l'abus de la voix que l'on observe en Italie dans toutes les classes, mais surtout chez les marchands ambulants ; dans notre pays, on dépense, pour vendre quelques sous de marchandises, la même énergie que d'autres emploient pour soulever le poids d'un quintal et cela constitue une lacune au point de vue de la lutte antituberculeuse. Personne n'a jamais pensé à se garder de la contagion du petit commerce ambulant, si répandu parmi les nations latines. On rencontre toujours dans nos rues une quantité de marchands en haillons, toussotant, méprisant toutes les règles de l'hygiène et hurlant à tue-tête du matin au soir, qui souillent leurs marchandises et propagent ainsi leurs germes. Il faudrait s'arranger pour que les adultes seuls se livrent au commerce ambulant, et les règlements pour la protection de l'enfance devraient s'opposer à ce qu'elle soit occupée à cet emploi au-dessus de ses forces. Que d'enfants crieurs de journaux surmènent leur larynx qui n'a pas encore atteint son développement complet et fournissent ainsi leur contingent à la tuberculose précoce.

Si l'on examinait au laryngoscope ces marchands ambulants, on s'apercevrait que les deux tiers d'entre eux présentent toute la gamme des lésions prémonitoires de la tuberculose (hypérémie du bord de l'épiglotte, hémorragies sous-muqueuses, cordite hyperplasique et tuberculeuse, prolapsus des ventricules de Morgagni, œdème chronique des fausses cordes, infiltration sous-cordale).

Il est certain que les localisations primitives de la phtisie laryngée sont beaucoup plus répandues qu'on ne se l'imagine parmi les nombreux marchands ambulants qui sont une plaie de notre pays ; il faudrait donc qu'outre la défense de cracher à terre, les dispensaires élèvent des protestations contre cette forme de commerce qui rend peu de chose à ceux qui l'exercent et constitue un danger public pour les gens exposés à la contagion.

*
**

La question de la tuberculose assume actuellement une telle importance sociale que l'État doit se mettre en mesure d'organiser la lutte contre le mal.

Il ne suffit pas que la bienfaisance publique et privée multiplie les dispensaires, les sanatoriums, les hôpitaux, les colonies alpestres et maritimes, etc. ; on devrait former un personnel médical spécial adjoint aux écoles universitaires qui diagnosti-

querait la phtisie au début et pourrait traiter avec succès certaines formes initiales. Depuis que l'on a reconnu que la tuberculose s'installe presque toujours dans les voies respiratoires supérieures, il est avéré que le rhino-laryngologiste semble tout indiqué pour jeter l'alarme.

En Allemagne, le règlement de 1901 prescrit que dans toute l'étendue de l'empire, les candidats au doctorat d'État devront avoir fréquenté pendant six mois une clinique oto-laryngologique, tandis qu'en Italie, la loi de 1909 a relégué cet enseignement au second plan, sous la dénomination de complémentaire.

Cette condition inférieure n'est pas l'apanage de la seule Italie, aussi espérons-nous qu'il s'élèvera au sein du Congrès une voix pour signaler aux gouvernements l'importance de l'oto-rhino-laryngologie au point de vue de la défense sociale contre la tuberculose. A ce sujet, je ferai observer que mon expérience personnelle me permet de conclure que tandis que la phtisie laryngée primitive est rare chez les adultes qui présentent généralement une autre localisation latente, chez les enfants, elle est assez répandue sous forme d'altérations attaquant le squelette laryngien, de même que les autres articulations ou tissus osseux de l'organisme. Ces petits malades sont rapidement sujets à des phénomènes de sténose laryngienne et ils succombent fatalement après avoir subi la trachéotomie, mais pas assez rapidement pour ne pas constituer un danger de contagion pour la famille et l'entourage immédiat. Aussi s'explique-t-on l'utilité du diagnostic précoce de ces localisations laryngiennes au point de vue social.

Nous émettons le vœu que dans les institutions dévolues à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose, on installe, à côté du médecin général, un spécialiste qui diagnostiquerait hâtivement les lésions prémonitoires évoluant sans apporter de grands troubles, telles les infiltrations de la muqueuse naso-pharyngo-laryngienne. Parmi ces localisations tuberculeuses des premières voies respiratoires nous signalerons le lupus qui a toujours constitué un passe-port de libre circulation, ses détenteurs étant tenus pour inoffensifs, comme si la rareté des bacilles était un brevet de contagion atténuée. Cette théorie optimiste est très discutable depuis qu'il est démontré que le lupus n'a pas une origine bovine. Sur des lupiques n'ayant eu aucun contact avec des animaux, Gosio a isolé des bacilles ne présentant aucun des caractères morphologiques ou culturels des bacilles de la tuberculose bovine ; ainsi se trouve confirmée la théorie des auteurs qui au point de vue prophylactique considèrent le lupus comme contagieux et aussi redoutable que tout autre foyer tuberculeux.

En dehors des variétés de lupus faciles à diagnostiquer, même pour les profanes, on rencontre souvent dans les fosses nasales des localisations tuberculeuses que seuls les rhinologistes sont susceptibles d'identifier, ulcérations de la muqueuse avec sécrétion abondante et nombreux bacilles, formes végétantes non moins contagieuses et qui souvent sont confondues avec des rhinites chroniques simples. Outre ces lésions tuberculeuses reconnues, il en est d'autres qui doivent éveiller l'attention du médecin; ainsi, par exemple, sans attribuer à tous les ozéneux des stigmates de tuberculose, alors que les malades affectés d'ozène ou d'autres espèces de rhinite atrophique présentent des hémorragies sans cause appréciable, on se tiendra sur ses gardes, ces hémorragies étant ordinairement l'indice d'altérations vasculaires précédant une explosion tuberculeuse. Les coryzas à répétition devront également être surveillés, car ils peuvent engendrer la tuberculose chez des sujets prédisposés, sans compter que les malades propagent leurs bacilles en éternuant. Fréquemment chez les jeunes gens, lors de la puberté, et chez les jeunes filles au moment des règles, on voit surgir des épistaxis qui, si elles ne sont pas imputables à des traumatismes, à des polypes hémorragiques, à l'hémophilie, à des troubles cardiaques, à des maladies des reins et des voies digestives, au scorbut, au purpura, à la diphtérie et à la fièvre typhoïde, doivent faire suspecter une prédisposition à la tuberculose en raison de l'existence d'altérations morphologiques du système circulatoire. Souvent ces sujets présenteront à la région inférieure de la cloison et dans la zone des hémorragies, de petites lésions ou ulcérations eczémateuses qui lors du décollement des croûtes saigneront plus ou moins abondamment. Parfois la lésion gagne en profondeur et provoque une véritable perforation qui peut être produite par un ongle; toutefois on peut être en présence d'une tuberculose initiale; il est d'autres cas où en dépit d'un examen attentif, il est impossible de distinguer le point hémorragique, surtout si le sang coule en abondance; l'épistaxis provient alors d'une varice de la branche interne du palais et serait l'indice d'une congestion précédant une méningite tuberculeuse ou une forme de tuberculose miliaire.

La pâleur du palais contrastant avec la congestion marquée de certaines régions, telles que les contours de la luette et les arcades palatines est un des caractères typiques des candidats à la tuberculose, dont il faudra tenir compte, surtout en présence de sujets prédisposés. Parfois la pâleur de la muqueuse pharyngienne se complique d'hypertrophie et de congestion du tissu

lymphoïde rhino-pharyngien dans ses portions supérieure et inférieure et d'une hypertrophie de l'amygdale linguale associée à l'hypérémie trachéale. On ne négligera pas non plus l'anneau de Waldeyer qui a conquis une place prépondérante dans la pathologie infantile moderne, attendu qu'il n'est pas démontré que l'hypertrophie soit un produit de la réaction de l'organisme contre l'invasion de germes infectieux et contre le bacille de Koch en particulier. C'est une erreur contre laquelle il faut s'élever au point de vue clinique, vu que de même que les adénoïdiens frappés de diphtérie, de scarlatine, de rougeole, etc., sont exposés à des complications graves, il peut se faire qu'il en soit de même pour la tuberculose. Très fréquemment en cas de tuberculose incipiente, on a observé l'hypertrophie de l'amygdale linguale que Freudenthal a rencontrée dans 90 % des cas de phtisie avérée.

On remarquera, lorsque les manifestations tuberculeuses débutent chez les adénoïdiens, une hyperémie très prononcée de la muqueuse de revêtement des tonsilles pharyngées et linguales qui provoque des hémorragies de la voûte-faisant croire à une épistaxis et des hémorragies de la région inférieure pouvant être confondues avec une hémoptysie. Que de fois, alors que l'examen du thorax ne fournit aucun résultat, c'est la pharyngoscopie qui nous renseigne sur la nature spécifique du mal, surtout pour des sujets présentant des hyperémies laryngiennes fréquentes non imputables à l'alcool, à l'abus du tabac ou à des troubles circulatoires entretenus par la diathèse goutteuse ou diabétique ?

C'est surtout dans les logements habités par la classe pauvre que la contagion tuberculeuse est redoutable lorsque se manifestent des éruptions accompagnées ou précédées d'angines, en cas de diphtérie, de toux convulsive, de rougeole, etc., car en cette occurrence l'organisme est prédisposé à recueillir les bacilles épars dans l'atmosphère ambiante.

Il faudrait alors que les hygiénistes et les directeurs de dispensaires veillent à la désinfection rigoureuse du linge, des vêtements, des meubles, du sol et des aliments, du lait en premier lieu, car quoi qu'on dise, il n'est pas encore prouvé que l'homme ne puisse être infecté par les animaux.

Quant à l'organe vocal, on surveillera certains troubles fonctionnels à répétitions qui attirent l'attention des malades, de leurs familles et des médecins. Après avoir souffert d'un simple refroidissement, ces malades guérissent rapidement, mais bientôt ils remarquent la présence d'une sécrétion nasale, d'une toux pénible, leur timbre vocal s'altère et ils notent une sensation de fatigue en respirant. Cette catégorie nombreuse

embrasse tous les âges, mais elle vise de préférence les individus qui vivent renfermés; au laryngoscope, on remarque souvent un signe prémonitoire très important; l'amincissement remarquable et une anémie prononcée du bord de l'épiglotte contrastant avec une hypertrophie à surface lisse ou veloutée, circonscrite à l'espace interaryténoïdien. Très fréquemment en présence d'un hémoptoïque, l'examen clinique et bactériologique ne nous renseigne qu'imparfaitement sur la nature de l'affection, tandis que la laryngoscopie nous éclaire sur la spécificité de la lésion.

On rencontre aussi parfois la parésie des cordes vocales que l'on attribue généralement à une laryngite aiguë non résolue ou à des névroses hystériques, alors qu'il est certain qu'elle est causée par la compression du récurrent ou par les ganglions péri-bronchiaux ou cervicaux qui constituent des foyers de tuberculose latente pouvant être découverts par l'examen direct ou par la radiographie. Le diagnostic sera facilité si l'on peut exclure les affections constitutionnelles telles que la syphilis et le tabès qui sont susceptibles d'engendrer des troubles moteurs analogues.

Les hyperémies laryngiennes et trachéales sans stimulants irritants sont toujours suspectes et à plus forte raison chez les candidats à la tuberculose.

Non seulement le diagnostic précoce, mais un traitement approprié peuvent souvent enrayer les progrès de la tuberculose; ainsi, par exemple, le silence absolu plus que tout autre remède, peut être la panacée de certaines infiltrations et ulcérations superficielles des cordes et de la muqueuse interaryténoïdienne engendrées par l'abus de l'organe vocal chez les sujets prédisposés à la tuberculose ou véhiculant déjà des bacilles. Nous vivons en contact perpétuel avec un grand nombre d'individus affectés de lésions latentes des premières voies respiratoires et du larynx en particulier, qui souffrent peu, mais sont aussi dangereux que ceux chez lesquels l'affection évolue rapidement et avec fracas. D'ordinaire, ces lésions sont mal soignées dans les hôpitaux, les maisons de santé et les sanatoriums, tandis que si les malades étaient traités d'une façon rationnelle par des spécialistes dans les cliniques rhino-laryngologiques, ils pourraient guérir et préserver la société de la propagation des germes tuberculeux. Il y a quelques années, d'après Heryng et Krause, on soignait ces formes d'infiltration laryngienne par les moyens chirurgicaux, tandis qu'aujourd'hui, Mermoud, Grünwald et Siebenmann conseillent plus sagement la cure galvanocautique qui protège mieux l'épithélium superficiel. Ces auteurs démontrent aussi que l'aiguille de platine produit des cicatrices que certains laryngologistes ont

confondues avec la pachydermie. Les spécialistes en excisant les zones épiglottiques ulcérées au moyen de pinces de Schmidt, Lake, Barnell, etc., ou en anesthésiant le larynx par des injections d'alcool et d'eucaine pratiquées dans le nerf laryngien supérieur enrayment la toux et arrêtent ainsi la propagation des germes.

Il y a un grand intérêt à découvrir les formes initiales de tuberculose des premières voies respiratoires au point de vue de la prophylaxie générale et à les soumettre à l'action de la tuberculine qui est réellement la seule méthode thérapeutique basée sur des principes scientifiques; on soignerait ainsi nombre de malades qui échappent au traitement n'étant pas assez gravement atteints pour être isolés dans les sanatoriums, les maisons de santé et les services spéciaux des hôpitaux. Des médecins distingués s'occupant de la phthisie et de laryngologie, tel Watson Williams, ont observé des sujets affectés de tuberculose du larynx chez lesquels l'injection préventive de tuberculine à faible dose (0,001 c.c. à 0,015 c.c.) fit disparaître les bacilles et cicatrises les ulcérations en même temps que l'état général s'améliorait. Il est indispensable que pour remplir cet office les médecins soient tenus de connaître les affections des premières voies aériennes, aussi l'enseignement oto-rhino-laryngologique devrait-il être obligatoire dans nos Universités.

La valeur de la tuberculine ne s'est nullement démentie; au cours des expériences effectuées à la Clinique de Rome, on a relevé son efficacité dans les variétés précoces, non ulcérées où elle ne provoque qu'une légère ascension thermique; en revanche elle exerce une action nocive en cas de lésions secondaires graves consécutives à des localisations pulmonaires à marche rapide.

Nous donnerons les conclusions suivantes : 1° Il est de toute nécessité que l'État entretienne des dispensaires destinés à enrayer la propagation de la tuberculose; 2° Le personnel médical des dispensaires doit être compétent quant au diagnostic des premières voies aériennes; 3° Pour avoir des médecins aptes au service des dispensaires, il faut que les études oto-rhino-laryngologiques deviennent obligatoires dans les Facultés de médecine où la clinique des affections des premières voies respiratoires doit prendre rang parmi les autres branches de la médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Gherardo FERRERI. — I. Considérations sur la tuberculose laryngée infantile (*La Parole*, n° 9, 1902). — II. La tubercolosi delle prime vie respiratorie in rapporto all'igiene scolastica (*Arch. Ital. di Otol.*, vol. IX, fasc. 3, 1900). — III. La laringologia nella difesa sociale contro la tubercolosi (*Arch. Ital. di Otologia*, vol. X, fasc. 2, 1900).

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES SUR LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DES SINUS DE LA FACE ¹.

Par le Prof. **Alfred DENKER** (de Halle).

[Traduction par R.-J. POUGET d'Angoulême.]

Messieurs,

La chirurgie des sinus de la face fit un grand pas en avant, lorsqu'on appliqua l'anesthésie locale aux opérations radicales. Il ne faut pas seulement voir dans ce progrès la suppression de l'anesthésie générale et de ses dangers, mais aussi le gros avantage que trouve le chirurgien dans la *vasoconstriction* des tissus qu'entraîne l'anesthésie locale. Le malade supportera une très faible perte de sang, le chirurgien d'autre part verra son travail grandement facilité. Point de temps perdu dans la ligature des vaisseaux, dans la compression à demeure, l'opération est plus rapidement conduite. Ce double avantage pour le médecin et le malade, est si évident, que la plupart de nos collègues s'efforcent, quand toutefois cela est possible, d'opérer sous anesthésie locale leurs sinusites, qu'elles soient frontales ou maxillaires.

Vous n'êtes point sans ignorer cependant qu'il existe un assez grand nombre de malades qui se refusent à l'intervention sans anesthésie générale. Ce sont des enfants, des adultes nerveux ou neurasthéniques qui ne peuvent se représenter qu'une telle opération puisse être pratiquée sans douleurs sans l'aide du chloroforme ou de l'éther. Dans certains cas, par conséquent, les malades pusillanimes nous forceront la main, et nous obligeront à employer l'anesthésie générale. C'est précisément dans ces cas-là que je vous recommande chaudement d'adjoindre à l'anesthésie générale, une anesthésie locale très soignée : qu'il s'agisse de la sinusite *frontale* ou de la sinusite *maxillaire*.

Dans le *Killian*, dès la narcose commencée, on injectera tout le long de la région de l'incision (sourcil et paroi externe du nez) une solution à 1 % de novocaïne-adrénaline, soit :

Novocaïne.....	1 gr.
Sérum physiologique.....	100 gr.
Adrénaline.....	80 gouttes.

1. Communication faite à la Société des laryngologistes allemands, Hanovre. Pentecôte 1912.

Il importe que dans le voisinage du rebord orbitaire l'injection ne soit pas faite sous le périoste, mais bien seulement sous la peau, de façon à ne point troubler la nutrition du pont osseux sus-orbitaire. Pour atteindre également le nerf ethmoïdal antérieur et les vaisseaux qui traversent le foramen ethmoïdal, on pratique une injection de 1 à 2 centimètres cubes de la solution, en plaçant la pointe de l'aiguille sur le rebord orbitaire, à la limite du toit et de la paroi nasale de l'orbite, et en l'enfonçant horizontalement jusqu'à 2 ou 3 centimètres en arrière, au-dessus du périoste. Puis sous le contrôle de la rhinoscopie moyenne de Killian, on rejette de côté le cornet moyen et on tasse dans la fente olfactive jusqu'au sinus sphénoïdal, une mèche de gaze large de 1 cent. 1/2 et longue de 10 à 20 centimètres, préalablement imbibée de la solution de cocaïne ¹-adrénaline à 20 ou 10 %. On introduit ensuite le spéculum de Killian dans le méat moyen, on applique le cornet moyen contre le septum, et dans le méat, on tasse comme plus haut une seconde mèche de gaze imbibée de cocaïne et d'adrénaline.

Dix minutes plus tard seulement, on commence l'opération. Déjà dès l'incision, on est surpris de ne point trouver l'hémorragie habituelle et, lorsqu'après nettoyage du sinus frontal on attaque l'ethmoïde, on constate une hémorragie extrêmement peu abondante, tant au cours de la résection du cornet moyen, qu'au cours de l'ablation des cellules ethmoïdales et de l'ouverture du sinus sphénoïdal, temps opératoire que nous n'aurions garde d'oublier. Au cours de ce temps opératoire, le patient se réveille d'ordinaire à un tel point, qu'il peut réagir aux sensations extérieures, à la voix qui l'appelle, il peut même ouvrir les yeux; il faut donc administrer une nouvelle dose de narcotique si l'on veut obtenir un nettoyage indolore du labyrinthe ethmoïdal. Mais si nous avons obtenu une bonne anesthésie locale par les tampons de cocaïne-adrénaline, et par l'injection au niveau du nerf ethmoïdal antérieur, il est dès lors inutile de continuer le chloroforme car l'opération peut être continuée sans que le malade témoigne d'une douleur importante. De plus, l'anémie des tissus entraînant une hémorragie nulle et le patient se trouvant dans une espèce de demi-veille, on peut laisser de côté le tamponnement postérieur dans ce temps, d'ordinaire si hémorragipare; on laisse de côté de même le tubage peroral de Kuhn, ce dernier à mon avis devant être réservé pour l'ablation des tumeurs malignes, ou des fibromes du cavum.

1. Employer l'alypine si on redoute la cocaïne.

Pour l'opération radicale de la *sinusite maxillaire*, nous infiltrons d'abord la région de l'incision, c'est-à-dire la gencive et la partie située au-dessus d'elle, par une injection de cocaïne-adré-naline, puis, contre la paroi latérale du méat inférieur et jusqu'à sa partie postérieure, nous poussons une lanière de gaze imbibée de la solution forte d'adrénaline et cocaïne. Le méat moyen est de même solidement tamponné sous le contrôle de la rhinoscopie moyenne par une mèche de gaze au vioforme, et ceci pour que le pus et le sang qui s'écoulent d'ordinaire par l'ostium maxillaire au cours du curettage de la muqueuse du sinus, ne viennent pénétrer dans la fosse nasale et de là dans la gorge à travers les choanes. Après avoir récliné les parties molles de la joue et ruginé la muqueuse de la paroi latérale du méat inférieur en partant de l'ouverture piriforme, nous plaçons entre la muqueuse et l'os un tampon de gaze imbibé de cocaïne-adré-naline, pour obtenir sans douleur ni perte de sang, le lambeau que nous serons obligé de découper un peu plus tard.

Résumons brièvement les avantages de cette technique :

1° L'anesthésie locale combinée à l'anesthésie générale permet de restreindre la quantité de chloroforme ou d'éther ;

2° La vasoconstriction produite entraîne pour *le malade* une *perte de sang notablement moindre* ;

3° Le *chirurgien* voit son travail facilité par l'absence d'hémorragie, *l'opération est donc plus rapidement conduite*.

DE L'INFLUENCE POSITIVE DES OPÉRATIONS NAsALES
ET NASOPHARYNGIENNES SUR L'EXOPHTALMIE
AINSI QUE SUR L'HYPERTROPHIE DE LA GLANDE
THYROÏDE (*STRUMA*). CONTRIBUTION AU TRAITE-
MENT DE LA MALADIE DE BASEDOW (*GRAVES
DISEASE*).

Par **Jean SENDZIAK**, de Varsovie (Pologne).

Depuis longtemps, on a attiré l'attention sur le fait que l'exophtalmie, ainsi que l'hypertrophie de la glande thyroïde (*struma*), simples ou accompagnant la maladie de Basedow (*Graves disease* des auteurs anglais) diminuaient ou même disparaissaient entièrement après certaines opérations (galvano-caustiques, sanglantes) dans le nez, la cavité nasopharyngienne, ainsi que dans le pharynx.

Le premier¹ qui ait attiré l'attention sur ce fait fut Hack, de Freiburg, dont la théorie de nervoses réflexes d'origine nasale a fait jadis (1882, etc.) beaucoup de bruit.

Cet auteur observa et a publié en 1886² un cas concernant un malade âgé de dix-sept ans avec de l'exophtalmie, *struma*, ainsi que les autres symptômes de la maladie de Basedow : palpitations de cœur, pouls accéléré (100), etc. Tous ces symptômes, surtout l'exophtalmie disparurent après la cautérisation galvano-caustique des cornets du nez hypertrophiés.

Ce fait était frappant en ce qui concerne les symptômes oculaires: on put remarquer une énorme différence déjà le second jour, de même que l'exophtalmie diminuait chaque fois que l'on pratiquait une cautérisation des cornets du nez du côté correspondant.

Le second cas a été publié en 1887³ par Bobone. Après plusieurs cautérisations des cornets du nez hypertrophiés eut lieu une amélioration nette des symptômes de la maladie de Basedow.

Le troisième cas a été publié en 1888⁴ par Hopmann, de Cologne⁵.

Une malade âgée de 40 ans. Exophtalmie surtout du côté droit, palpitations du cœur, pouls 136. La glande thyroïde normale. Rhinopharyngitis sicca ainsi que polypi nasi. Après leur extraction, l'exophtalmie a disparu; pouls est tombé à 92. Après 1 an et demi, une légère récurrence des symptômes oculaires.

Dans ce cas, ce fut frappant de constater la diminution de

l'exophtalmie des deux côtés après opération nasale, cependant unilatérale.

Le quatrième cas a été observé par B. Fraenkel, de Berlin dans la même année (1888)⁶. Ici de même que dans le cas de Hoffman, il ne s'agissait pas de la forme pure de la maladie de Basedow, le principal symptôme de l'exophtalmie étant absent (« forme fruste » des auteurs français). Par contre, il y avait les autres symptômes de cette maladie : struma, palpitation du cœur, pouls accéléré (120), etc. Après les cautérisations galvanocautiques des conques nasales disparurent les symptômes du cœur et l'hypertrophie thyroïdienne diminua jusqu'à ne plus avoir que le 1/5 du volume primitif.

On fut frappé dans ce cas de la diminution de la glande thyroïde hypertrophiée chaque fois que le côté correspondant du nez était opéré ainsi que de l'inefficacité du courant continu sur l'hypertrophie thyroïdienne. Vers la même époque (1888), George Stoker, de Londres, observait et a publié⁷ deux cas d'hypertrophie simple de la glande thyroïde qui diminua et disparut complètement après la cautérisation galvanocautique de la conque nasale.

La façon dont, à cette époque, c'est-à-dire il y a plus de vingt ans, on s'occupait de la question de l'influence positive des interventions nasales sur les symptômes de la maladie de Basedow témoigne outre les autres ce fait que le prof. Cozzolino, de Naples, a choisi ce sujet pour sa conférence clinique⁸.

Presque simultanément, Jonas de Liégnitz, dans la monographie spéciale consacrée aux névroses réflexes d'origine nasale⁹, a étudié spécialement ce sujet.

En 1891, Musehold, de Berlin, a présenté à la Société laryngologique berlinoise et a publié ultérieurement¹⁰ le cas suivant : une malade âgée de 45 ans est atteinte d'une maladie de Basedow avec l'hypertrophie de la glande thyroïde, ainsi que d'exophtalmie surtout du côté droit. Après l'extirpation à l'aide de l'anse galvanocautique d'une hypertrophie de la partie postérieure de la conque nasale droite, tous les symptômes ont diminué dans leur extension ou disparu complètement.

Hypertrophie beaucoup plus petite (la circonférence du cou a diminué de 40 cm. jusqu'à 36,5). Il est frappant, dans ce cas, que les changements dans le nez se répercutaient du côté correspondant aux troubles oculaires et glandulaires.

Dans la discussion sur ce sujet, Heymann a mentionné un cas de la maladie de Basedow avec la triade caractéristique : exophtalmie, struma et palpitations du cœur chez une fillette,

tous ces symptômes ont été améliorés beaucoup après l'opération des végétations adénoïdes.

Flatau au contraire, dans deux cas de cette maladie, n'a remarqué aucun effet à la suite des interventions nasales.

Landgraf considère cette question aussi sceptiquement.

Winckler, de Bremen ⁴¹, est d'avis que dans la maladie de Basedow il faut espérer l'amélioration seulement après la suppression des obstructions très marquées du nez.

M. Schmidt, en 1894 ⁴², donne une très intéressante description de deux cas de la maladie de Basedow avec la triade caractéristique, c'est-à-dire exophtalmie, struma et palpitations du cœur.

Dans les deux cas après une cautérisation galvanocautique des conques nasales, avec résection à la scie d'une crête de la cloison nasale, tous les symptômes de cette maladie ont disparu, l'effet étant extraordinairement prompt : quelques jours seulement après fut remarqué un changement frappant et durable, surtout pour de l'exophtalmie. Dans le premier cas, la malade dix ans après ne présentait aucuns changements.

Il est caractéristique dans le second cas de noter que le médecin simultanément le malade ait remarqué qu'avant chaque aggravation de l'affection, il y avait des troubles du côté du nez plus marqués et que toujours après le traitement local eut lieu une amélioration distincte dans l'état général.

Dans la même année (1894) Scanes Spicer de Londres a publié ⁴³ un cas concernant une malade très nerveuse avec hypertrophie de la glande thyroïde, pouls 140, tremblement des mains, en un mot avec les symptômes de la maladie de Basedow sans le symptôme oculaire (exophtalmie), c'est-à-dire « forme fruste ».

Après l'opération de polypes du nez se produisit une amélioration considérable. Cet auteur mentionne également trois cas d'hypertrophie simple de la glande thyroïde (struma) également guérie après l'extraction des polypes du nez.

Simultanément, Spencer Wattson ⁴⁴ observait un cas analogue concernant un malade âgé de 35 ans.

A partir de cette époque, on trouve une longue période de seize ans, sans observation. Seulement dans l'année 1910, Rudolph Hoffmann, l'assistant du prof. Neumayer de Monaco, s'occupait minutieusement de cette question, publiant ⁴⁵ cinq cas de maladie de Basedow, dans lesquels fut constaté l'effet favorable des interventions nasales sur les symptômes de cette maladie, surtout oculaires (exophtalmie).

Dans le premier cas concernant une malade âgée de 21 ans les symptômes typiques de la maladie de Basedow (struma,

exophtalmie, tachycardie, tremblement), après une cautérisation de la conque nasale supérieure droite, l'exophtalmie diminua du côté correspondant, la circonférence du cou également (2ctm. au moins), le pouls 90 au lieu de 120. Après une cautérisation de la conque nasale inférieure gauche, le même effet se produisit du côté gauche. Il est remarquable de noter dans ce cas que les symptômes du côté des cavités nasales manquaient, l'auteur ayant fait l'opération (une légère cautérisation galvanocaustique des conques nasales inférieures normales), seulement dans le but d'une production de l'effet sur les terminaisons sensibles nerveuses à la muqueuse nasale, c'est-à-dire sur les centres vaso-moteurs.

Dans le second cas, concernant également une malade atteinte de maladie de Basedow (pouls accéléré, struma, avec l'exophtalmie intermittente), l'auteur fit également une cautérisation de la conque nasale inférieure gauche, ce qui fit ralentir le pouls de 105 à 90; la circonférence du cou diminua de 2 ctm.

Il est à remarquer dans ces cas que, immédiatement après l'opération, le pouls s'accéléra encore davantage; la diminution du struma ne fut appréciable nettement que seulement 6-7 jours après.

Le troisième cas concernait un ouvrier âgé de 22 ans, chez qui après un travail forcé l'exophtalmie apparut. Hypertrophie thyroïdienne depuis plusieurs années, pouls 140. Hypertrophie insignifiante des conques nasales, ainsi que du tuberculum septi. Les opérations galvanocaustiques (cautérisation superficielle des conques nasales et du tuberculum de la cloison du nez) du côté droit produisirent aussitôt un effet considérable (l'exophtalmie droite diminua de 2 millimètres, la circonférence du cou 1 ctm., le pouls passa de 140 à 120).

Après la même opération faite du côté gauche, le même effet se fit sentir sur l'exophtalmie gauche, le volume du cou diminua encore de 1 ctm., le pouls tomba à 105.

Le quatrième cas se rapporte à une jeune mariée qui depuis l'enfance souffrait d'une gêne respiratoire avec exophtalmie.

Ce dernier symptôme disparut au moment de l'apparition de la menstruation, mais revint après le mariage. Après une cautérisation galvanocaustique des conques nasales, ainsi que de la crête de la cloison d'abord du côté droit et ensuite du côté gauche, l'exophtalmie droite puis la gauche diminuèrent de 3 millimètres.

Dans ce cas, l'hypertrophie de la glande thyroïde manquait ainsi que dans ce dernier (cinquième) cas qui a trait à une

demoiselle âgée de 21 ans avec exophtalmie considérable du côté droit.

Dans ces deux cas, après deux cautérisations de la conque nasale inférieure droite, se produisit une diminution considérable (4 mm.).

L'auteur mentionne également que dans plus de douze cas d'hypertrophie simple de la glande thyroïde, il a obtenu une diminution considérable (1 à 1 cm. 1/2 en volume) après les opérations nasales.

Enfin, chez nous (Polonais), en 1911, dans « Nowiny Lekarskie » (n° 7 jubilé) dans un travail intéressant : *Quelques remarques sur les plus importants symptômes oculaires accompagnant la maladie de Basedow*, Stasinski, de Posen, mentionne un cas concernant une malade avec exophtalmie unilatérale, tachycardie ainsi qu'une sensation désagréable dans la région de la glande thyroïde. Il existait des inflammations très fréquentes des amygdales palatines : après leur extirpation, non seulement tous les symptômes ont disparu, mais l'œil auparavant couvert simplement s'enfonçait présentant l'image d'une paralysie du nerf sympathique.

L'auteur tout récemment a eu l'occasion de constater dans deux cas de maladie de Basedow l'augmentation considérable de l'exophtalmie à cause d'un catarrhe du nez.

Jusqu'ici c'étaient tous les cas relatifs à l'effet positif des interventions nasales sur les symptômes de la maladie de Basedow.

Semon par contre, publie un cas¹⁶ où après l'opération des polypes du nez, l'asthme disparut, de l'exophtalmie s'étant produite à droite.

Un cas analogue a été publié par Charsley¹⁷ : Exophtalmie après une cautérisation galvanocaustique des conques nasales.

J'ai observé moi-même six cas où l'on pouvait constater l'influence absolument positive des interventions nasales et nasopharyngiennes sur l'évolution ainsi que sur les symptômes de la maladie de Basedow, en particulier sur l'exophtalmie.

Voici brièvement le compte rendu de ces cas.

Dans le premier cas, il s'agit d'une veuve âgée de 36 ans qui a depuis 14 ans de l'hypertrophie modérée de la glande thyroïde, ainsi que des douleurs de tête depuis 10 ans, du larmoiement, de la faiblesse, des sueurs, de la toux, de la dyspnée, du tremblement des extrémités supérieures, des palpitations du cœur, enfin de l'exophtalmie.

L'état général est misérable, très nerveux ; le pouls 120 petit. Hyper-

trophie thyroïdienne moyenne, exophtalmie plus prononcée du côté droit avec les symptômes de Graefe et Stellwag.

Dans les cavités nasales de l'hypertrophie assez considérable des conques, surtout du côté droit, la respiration étant difficile par le nez droit.

Nous pratiquons la cautérisation galvanocaustique des deux conques inférieures nasales, d'abord du côté droit, puis du côté gauche. Immédiatement se produit une amélioration considérable, surtout des symptômes oculaires (l'exophtalmie d'abord du côté droit, puis à gauche diminue, mais surtout du côté droit). Quelques semaines après, tous les symptômes de la maladie de Basedow (exophtalmie, struma, tachycardie, tremblement, etc.) ont disparu complètement.

Simultanément l'état général, ainsi que l'état nerveux s'amélioraient beaucoup, le pouls vint à 88.

Le second cas a trait à une demoiselle âgée de 26 ans; sa sœur plus âgée souffre d'asthme; son état général est misérable, avec sueurs, anémie et nervosité au plus haut degré; depuis deux ans, elle présente de l'exophtalmie très considérable avec les symptômes de Graefe et Stellwag, surtout du côté droit. Struma majoris gradus, praecipue dexter; palpitations et troubles dans la région du cœur, pouls 120.

Dans les cavités nasales, catarrhe chronique diffus avec même état de la cavité nasopharyngienne; du côté droit du nez hypertrophie modérée de conques nasales inférieures.

Cette malade n'ayant pas accepté d'opération, était traitée par le massage vibratoire des muqueuses (Braun, Laker). Dès les premières séances, on put constater une amélioration certaine des symptômes oculaires (exophtalmie), ainsi que des autres (struma, tachycardia, tremor).

Après 30 séances, cette amélioration était très visible (l'exophtalmus disparut presque entièrement, la circonférence du cou 38,5 au lieu de 40 cm, pouls 84). Simultanément l'état général ainsi que l'état nerveux s'amélioraient distinctement.

Le troisième cas concernait une malade âgée de 45 ans, hystérique typique, avec la triade caractéristique de la maladie de Basedow (exophtalmie, struma, tachycardia). Dans les cavités nasales, ainsi que dans le nasopharynx on constate les symptômes du catarrhe chronique atrophique. Anosmie et agueusie. Ici également le massage vibratoire de la muqueuse du nez systématiquement appliqué pendant un mois a produit une amélioration considérable des symptômes ci-dessus. Anosmie et agueusie ont disparu complètement.

Dans les trois derniers cas, nous étions en présence d'un symptôme seulement, mais très accusé, c'est-à-dire l'exophtalmie :

Le quatrième cas se rapporte à un garçon âgé de 5 ans : l'exophtalmie énorme, surtout du côté droit avec le symptôme de Graefe : salivation, ronflement la bouche ouverte, l'expression de la face hébétée. Aproxia nasalis (Guye). Dans la cavité nasopharyngienne,

végétations adénoïdales (i.e. hypertrophie de l'amygdale de Luschka) majoris gradus, ainsi que l'hypertrophie des glandes palatines, surtout du côté droit. Tonsillotomia dextra. Excision avec le couteau de Gottstein de la grande portion de la glande pharyngienne. Immédiatement après l'opération, une amélioration énorme, frappante pour l'entourage dans l'apparence de l'œil droit surtout pour l'exophtalmie qui devient beaucoup plus petite. Un an après il était tout à fait normal : l'exophtalmie a complètement disparu ; l'état général excellent, le développement physique et intellectuel frappant, pas trace de l'aspect hébété.

Le cinquième cas : un garçon âgé de 8 ans. Depuis 3 ans exophtalmie énorme. Il était frappant qu'après chaque poussée catarrhale du nez, l'exophtalmie augmentait. Craintes nocturnes, palpitations du cœur, nez tout à fait obstrué, respiration nasale impossible. Aproxie nasale. L'enfant apprend très mal. Etat de misère physiologique.

Dans la cavité nasopharyngienne, on trouve une hypertrophie énorme de l'amygdale de Luschka. Après son ablation à l'aide de l'instrument de Gottstein se produit une amélioration immédiate et considérable, surtout des symptômes oculaires. Six mois après, l'enfant est d'aspect normal ; il n'y a pas trace de l'exophtalmie. Etat général bon. L'enfant apprend bien.

Le sixième (dernier) cas concernait un garçon âgé de 13 ans. Exophtalmie énorme, surtout du côté droit, avec le symptôme de Graefe. Asthme, neurésie nocturne, palpitations de cœur, aproxie nasal. Grande obstruction du nez à cause de la grande quantité de végétations adénoïdes encombrant la cavité nasopharyngienne. On pratique l'opération à l'aide du couteau de Gottstein ainsi que dans les deux cas précédents sans l'anesthésie générale. Le troisième jour après l'opération, une différence colossale se manifeste dans l'aspect des yeux, amélioration que la mère même du malade constate avec joie ; l'oppression, l'énurésie nocturne, ainsi que l'exophtalmie disparaissent entièrement quelque temps après. Simultanément, l'état général du malade s'améliorait beaucoup. Il se mit à apprendre beaucoup mieux et est moins apathique et distrait.

Comme nous voyons par les cas publiés ailleurs, ainsi que par nos propres observations, il existe une quantité considérable d'observations dignes de foi (M. Schmidt, B. Fraenkel, Hoffmann, etc.) où l'hypertrophie de la glande thyroïde (struma) simple, ou accompagnant la maladie de Basedow, ainsi que l'exophtalmie et les autres symptômes de cette maladie (tachycardie, tremor, etc.) s'amélioraient plus ou moins ou ont disparu complètement après différentes interventions nasales ou nasopharyngiennes.

Quels sont les changements qui se rencontrent le plus souvent dans les voies respiratoires supérieures au cours de la maladie de Basedow ?

Dans la majorité des cas, ce sont plus ou moins accusés les états hypertrophiques des cornets inférieurs (B. Fraenkel, M. Schmidt, ainsi que dans ma première observation), puis plus rarement des cornets moyens (Hack); ont été également notés: les polypes du nez (Hopmann), enfin les états pathologiques de la cloison du nez (tuberculum-Hoffmann, crista-M. Schmidt). Dans deux cas (Hopmann et un des miens), il existait au contraire un état atrophique de la muqueuse du nez, du nasopharynx et des sinus latéraux du nez (Hopmann).

Enfin, quelquefois nous avons affaire au catarrhe diffus simple de la muqueuse des voies aériennes supérieures (Hoffmann ainsi qu'un de mes cas). Parmi les autres états pathologiques, on a observé les végétations adénoïdes (dans trois de mes cas, ainsi qu'un de Heymann), ainsi que l'hypertrophie des amygdales palatines (Stasinski, un de mes cas).

Quelles interventions ont été appliquées à ces différents cas?

Dans la plupart, c'est-à-dire là où il existait de l'hypertrophie des cornets du nez, on fit des séances de cautérisations galvanocautiques, superficielles, dans le but d'éviter les cicatrices secondaires pouvant produire des phénomènes réflexes (Hoffmann), quelquefois l'excision à l'aide de l'anse galvanocautique (dans les cas de dégénérescence polypoïde des cornets-Musehold ou de polypes du nez-Hoffmann).

Plus rarement on a eu recours à des interventions sanglantes comme le sciage de crêtes de la cloison nasale (M. Schmidt), l'excision des végétations adénoïdes (Heymann, trois de mes cas), enfin la tonsillotomie (Stasinski un de mes cas).

Enfin dans deux de mes cas (catarrhe diffus simple et atrophie chronique du nez et du nasopharynx), j'ai appliqué avec succès le massage vibratoire de la muqueuse du nez et de la cavité nasopharyngienne (Vibrationsmassage-Braun, Innere Schteimhaut-massage-Laker).

L'action utile des interventions nasales et naso-pharyngiennes au cours de la maladie de Basedow se démontre dans trois points principaux :

1° L'action la plus importante, la plus frappante se manifeste du côté des symptômes oculaires, surtout en ce qui concerne l'exophtalmie avec le symptôme de Graefe, Stellwag, etc.

Dans ces cas se produit une amélioration sensible (enfouissement du globe de l'œil de 4 millimètres, Hoffmann), ou même le retour complet à l'état normal; cette amélioration, selon Hoffmann, n'a pas lieu immédiatement après l'opération, mais seulement le

second jour. Mes observations pourtant ne sont pas d'accord avec cette opinion : dans deux de mes cas, j'eus l'occasion de constater une différence frappante dans l'aspect de l'œil immédiatement après l'extraction des végétations adénoïdes et la tonsillotomie. Dans le troisième cas, seulement, cette amélioration a eu lieu le troisième jour. Il va sans dire que cette amélioration était dans les jours suivants encore plus frappante.

2° L'effet favorable des interventions nasales et nasopharyngiennes sur l'hypertrophie de la glande thyroïde (struma) se rencontre contrairement au symptôme oculaire beaucoup plus tard, une semaine après (Hoffmann) et généralement n'est pas si frappant au moins dans mes trois cas (dans un d'ailleurs la circonférence du cou diminuait de 40 à 38,5 ctm.).

Hoffmann, au contraire, a observé des différences considérables (une diminution du volume du cou jusqu'à 2 cent. 1/2, B. Fraenkel jusqu'à 1/5 du volume précédent).

Des guérisons complètes ont été notées également (M. Schmidt, G. Stoker) après les opérations nasales ; enfin

3° l'effet favorable de ces interventions sur les autres symptômes de la maladie de Basedow (tachycardie, tremor, etc.).

Ici également une amélioration plus ou moins distincte peut être observée relativement vite. Le pouls ordinairement tombe de 140 ou 120 à 84 (Hoffmann et dans mes observations).

Il est une question importante qui est de savoir quelle influence durable positive les interventions nasales et nasopharyngiennes peuvent avoir par rapport aux symptômes de la maladie de Basedow (oculaires glandulaires).

Dans la plupart des cas on peut répondre affirmativement, quoique d'une façon non constante par exemple dans un cas de Hoffmann qui après un certain temps présenta à nouveau des symptômes oculaires.

Dans deux cas de Schmidt pourtant, la guérison fut complète et durable (dans un cas, dix ans après le traitement, aucune récurrence ne s'était produite). Dans la majorité des cas observés par moi, le bénéfice de l'intervention fut également durable (6 mois-1 an).

Résumé : En se basant sur la dizaine de cas que nous avons relatés ci-dessus et qui ont été publiés par des auteurs dignes de foi, ainsi que sur six de mes propres observations, j'ai droit à ce qu'il me semble d'affirmer, que dans chaque cas de la maladie de Basedow avec la triade caractéristique de symptômes (exoptalmie, struma, tachycardia) ou sans le symptôme oculaire (forme fruste), enfin dans les hypertrophies simples de la

glande thyroïde, ainsi que dans l'exophtalmie simple, il est nécessaire d'examiner minutieusement les voies aériennes respiratoires, surtout les fosses nasales et la cavité nasopharyngienne et dans le cas où l'on constaterait certains états pathologiques, il faudra leur appliquer le traitement local et opératoire.

Hoffmann va peut-être trop loin, affirmant que même dans l'absence de tout état pathologique du nez, il faut comme épreuve appliquer une cautérisation superficielle galvanocautique, l'effet positif de cette opération concernant les symptômes de la maladie de Basedow pouvant dépendre de la détermination du shock.

Cette opinion de Hoffmann, quoique paradoxale au premier aspect, trouve pourtant son explication, d'une part dans ce fait qu'il s'agit d'une intervention qui ne peut être nuisible en rien (cautérisations superficielles de la muqueuse de conques nasales), ainsi « at last but not at least » et d'autre part dans l'efficacité absolue de l'intervention, ce que prouvent les cas cités ci-dessus par Hoffmann.

J'ai mentionné déjà comment Winckler regarde cette question. Je passe maintenant à l'explication de l'effet des interventions nasales et nasopharyngiennes sur l'évolution des symptômes dans la maladie de Basedow.

Hack selon sa théorie de névroses réflexes d'origine nasale considère son cas comme une névrose réflexe vasodilatatoire, analogue à certaines formes d'asthma et migraines.

Bobone, partisan de la théorie de Hack, suppose que les hypertrophies de la muqueuse du nez peuvent produire l'irritation du nerf lymphatique sous forme d'exophtalmie avec hypertrophie de la glande thyroïde.

Jonas regarde également la maladie de Basedow comme une névrose réflexe du nerf sympathique d'origine nasale (nasogene Reflexneurose des Sympathicus).

G. Stocker explique l'effet favorable de l'opération nasale sur l'hypertrophie de la glande thyroïde dans ses deux cas par l'irritation réflexe du système vaso-moteur produit par la cautérisation, irritation qui aurait comme résultat le spasme secondaire des vaisseaux sanguins de la glande thyroïde et une diminution de son volume.

Hoffmann, l'auteur du travail minutieux sur ce sujet, explique la disparition de symptômes de la maladie de Basedow après une cautérisation simple de la muqueuse du nez, même sans supprimer les causes d'obstruction et d'irritation de la muqueuse nasale par une sommation des irritations sur le centre vaso-

moteur, lequel se resserrant agit sur la musculature lisse et par la relaxation sur la musculature lisse extravasculaire surtout de la moitié correspondante de la tête.

Enfin chez nous Stasinski est de l'opinion que la prédisposition pathologique du nerf sympathique est une cause primitive de la maladie de Basedow, qui est relativement souvent précédée de l'inflammation des amygdales. Les recherches des années dernières ont prouvé que « vena ophtalmica superior est en communication non seulement avec vena facialis anterior, mais avec venae ethmoidales, c'est-à-dire les parties supérieures de la cavité nasale ; de même la vena exophtalmica inferior se joint par les venae faciales profundae avec venae nasales profundae et venae maxillae superioris ».

Les autres auteurs (M. Schmidt, B. Fraenkel, etc.) affirment seulement le fait sans donner d'explication.

BIBLIOGRAPHIE

1. Selon B. Fraenkel et Hoffmann, Hopmann de Cologne, était le premier.
2. Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit (Deut. Med. Woch., n° 2).
3. Cité dans le travail de Hoffmann : Beeinflussung der Basedowsymptome von der Nase aus (Monat. f. Ohrenh., n° 9, 1910).
4. Selon Hoffmann en 1883.
5. Heilung eines Morbus Basedowii durch Besserung eines Nasenleidens (Berl. klin. Woch., n° 43).
6. Berl. klin. Woch., 1888.
7. Brit. med. Journ., 1888.
8. Le malattie della cavità e dei seni nasali studiati come momenti patogenetici di parecchie malattie dell'apparato oculare, del gozzo exophtalmico, di alcune malattie delle pelle del naso e della faccie, 1889.
9. Syptomatologie und Therapie der nasogenen Reflexneurosen und Organerkrankungen, etc. Liegnitz, 1890.
10. Deut. Med. Woch., 1892.
11. Zur Beantwortung der Frage : Wann können intranasale Eingriffe beim Morbus Basedowii gerechtfertigt sein ? Wien. med. Woch., n° 40-42.
12. Cité dans le travail de Hoffmann (voir n° 3).
13. Graves disease and nasal polipi (Brit. med. Journ., 17).
14. Loc. cit., n° 5.
15. Loc. cit. Ueber Beeinflussung der Basedowexophtalmus von der Nase aus. Münch. med. Woch., n° 44.
16. Unilateral polipi, incomplete Graves disease after removal of nasal polypi (Brit. med. Journ., 20 avril, 1889).
17. Discussion sur cette conférence.

SUR QUELQUES CAS DE SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE OPÉRÉS SUIVANT LA MÉTHODE ENDO-NA-SALE DE CLAOUÉ¹.

Par **G. FOURNIER** (de Marseille).

En présence d'une affection chronique du sinus maxillaire, deux voies d'accès vers la cavité malade se présentent à nous : l'une externe buccale (voie de la fosse canine), l'autre interne (voie endo-nasale).

Loin de moi la pensée d'établir aujourd'hui un parallèle entre ces deux méthodes, je dirai simplement dès maintenant que pendant longtemps, fidèle à celle qui porte le nom de l'un de mes plus distingués maîtres le Dr Luc, je n'ai eu qu'à me louer de la confiance que je lui témoignais, puisque tous mes opérés l'ont été avec succès. Toutefois, séduit par la simplicité de la technique endo-nasale, et aussi je dois l'avouer, par la facilité avec laquelle les malades acceptent cette intervention, j'ai été amené à la pratiquer dans neuf cas, et ce sont ces résultats que je veux brièvement vous exposer aujourd'hui.

La méthode que j'ai employée est celle de Claoué, c'est-à-dire la trépanation large du méat inférieur, après résection des 2/3 antérieurs du cornet inférieur, et ceci, sans m'attarder au curetage de la cavité antrale.

OBSERVATION I. — M^{me} S., 39 ans, sans profession. Dans les premiers jours du mois de février 1910 cette malade se présente à ma clinique avec une sinusite maxillaire, droite, d'origine dentaire et datant d'environ un an et demi. La bouche a été mise en parfait état mais l'écoulement nasal persiste, toujours fétide, et parfois très abondant.

Pendant deux mois, ponctions et lavages dia-méatiques faits régulièrement chaque semaine, restent sans succès. Je propose alors à la malade de remplacer ces ponctions par un orifice large et définitif permettant aisément de faire des lavages, tout en assurant même un drainage spontané.

20 avril. Opération endo-nasale suivant la méthode de Claoué. Le malade étant assise devant moi comme pour un simple examen rhinologique, je pratique l'anesthésie locale, d'abord, à l'aide de pulvérisations avec une solution de cocaïne à 1/10, additionnée de 2 gr. de solution au millième d'adrénaline, ensuite avec un badigeonnage sérieux au mélange de Bonain. Environ 5 minutes après : Résection partielle du cornet inférieur à l'aide de la cisaille perforatrice de

1. Communication faite à la Société française de laryngologie (mai 1912).

Mahu et des pinces plates de Luc, puis, et avec les mêmes instruments, effondrement immédiat de la paroi sinusale, facilité du reste, par une paroi fort peu résistante.

Pas de curettage mais avec le bock et une sonde d'Itard grand lavage antiseptique (lysol à 5/1000) suivi d'un tamponnement sinuso-nasal à la gaze stérilisée imbibée d'eau oxygénée à 12 vol.

L'intervention a duré environ 20 minutes, et les suites opératoires ont été des plus banales : la malade, après s'être reposée quelques instants, prend un peu de café, puis quitte la clinique pour s'y représenter le lendemain afin de faire pratiquer, en même temps que l'ablation de la mèche de gaze, un nouveau lavage.

Ces derniers sont répétés quotidiennement les huit premiers jours, puis espacés (3 par semaine) et enfin définitivement cessés le 20 juin, époque à laquelle, la malade peut être considérée comme guérie puisque, depuis quelques jours déjà, elle ne mouche ni pus, ni croûtes et que les lavages ressortent du sinus absolument limpides.

Revue plusieurs fois depuis, guérison maintenue.

Obs. II. — M^{lle} J. G., 39 ans, domestique. Vient me consulter le 8 juin 1910 parce qu'elle a de fréquents maux de tête et mouche abondamment par les deux narines des sécrétions fétides.

Les dents sont saines, mais elle a dû, il y a trois ans, en faire enlever plusieurs, et dès cette époque, un spécialiste consulté avait pratiqué l'ablation de polypes muqueux dans les fosses nasales et attiré l'attention de la malade sur la nécessité d'une intervention du côté des sinus.

A l'examen, sinus frontaux clairs, mais maxillaires franchement obscurs, pus dans les méats moyens avec dégénérescence polypoïde à droite.

La ponction confirme la présence du pus dans les deux sinus. Répétées onze fois en deux mois et suivies de lavages ces ponctions diamétriques restent sans résultat.

21 septembre. Opération de Claoué. La malade très docile est opérée en position rhinoscopique et après anesthésie locale (pulv. avec la solution au dixième de cocaïne adrénalinée, et badigeonnage au mélange de Bonain) ; les deux cavités sont successivement opérées dans la même séance.

La résection partielle des cornets inférieurs est encore faite avec la cisaille de Mahu et les pinces plates de Luc, mais pour la trépanation des parois sinusiennes j'ai recours cette fois-ci, à la fraise hélicoïdale de 12 mm. de diamètre conseillée par Escat et actionnée par un moteur de 1/8 de cheval. L'ébranlement rapide fut très supportable et l'état de la malade me permit très bien de continuer et d'achever l'intervention par l'agrandissement des cavités, suivi d'un lavage antiseptique et enfin d'un tamponnement sinuso-nasal à la gaze stérilisée imbibée d'eau oxygénée.

Suites opératoires très simples : la malade quitte la clinique après un repos de deux heures, le lendemain ablation des gazes sinuso-nasales, et lavages des sinus : ces derniers d'abord quotidiens sont

espacés à mesure que l'écoulement diminue. Le 20 novembre guérison des sinus : ni odeur, ni pus, ni croûtes, depuis déjà plusieurs jours.

Malade revue, guérison confirmée.

Obs. III. — M. R., 41 ans, commerçant. En novembre 1909 est amené à me consulter parce que depuis longtemps déjà non seulement sa narine gauche est obstruée, mais encore parce qu'il est atteint de fréquents rhumes de cerveau, souffre souvent de la tête et mouche parfois des sécrétions nettement purulentes.

A l'examen, le méat moyen gauche est encombré de polypes muqueux, le sinus maxillaire est absolument sombre, et la ponction dia-ménatique suivie de lavage ramène un pus très fétide : il y a déjà un an, de mauvaises dents ont été enlevées au niveau de ce sinus, et là est vraisemblablement le point de départ de son infection.

En janvier et février 1910, ablation des polypes. Lavages diaménatique, résultat négatif. En mars, crise rhumatismale très aiguë qui retient le malade chez lui et fait négliger son sinus jusqu'en janvier 1911.

A cette époque, après ablation des polypes, cinq nouveaux lavages sont encore pratiqués sans succès. Le malade est décidé à se faire opérer, mais très absorbé par son commerce, il n'accepte l'intervention que s'il ne doit pas être immobilisé.

10 février. Opération suivant la méthode de Claoué. Le malade assis devant moi, hémostase et anesthésie sont assurées, à la fois par les pulvérisations de cocaïne adrénalinée (solution au dixième) et par un badigeonnage au mélange de Bonain.

Réséction du 1/3 antérieur du cornet inférieur, et trépanation très simple de la paroi sinusale à l'aide de la fraise électrique. Cet effondrement est suivi d'une évacuation spontanée de pus extrêmement fétide. Agrandissement de la brèche à l'aide de pinces ad hoc; pas de curetage mais lavage antiseptique d'au moins un litre suivi d'un tamponnement sinuso-nasal à la gaze imprégnée d'eau oxygénée dédoublée.

Après quelques instants de repos, le malade rentre tranquillement chez lui, et les soins consécutifs consistent en lavages, quotidiens d'abord, puis espacés de plus en plus jusqu'au 20 avril, époque à laquelle le malade est complètement et, je puis le dire, définitivement guéri, car revu bien souvent depuis, M. R. n'a jamais eu à se plaindre de son sinus.

Obs. IV. — M^{lle} B., 21 ans, sans profession. Le 20 décembre 1910 vient me consulter pour un écoulement nasal unilatéral gauche, écoulement fétide et purulent.

A l'éclairage, sinus maxillaire et pupille gauche franchement obscurs, ponction et lavage confirment du reste la présence dans le sinus d'un pus abondant mais très fétide.

Le début de l'affection remonte du moins à deux ans, puisqu'à cette époque, un de mes confrères en spécialité, ouvrit un abcès dentaire, fit extraire la première grosse molaire dont une racine

était nécrosée, et pratiqua lui-même sans résultat, 5 ponctions et lavages diamétriques.

La bouche est actuellement en excellent état, mais en dépit de 5 nouveaux lavages pratiqués pendant le mois de janvier 1911, l'écoulement persiste.

Le 5 février, la trépanation endo-nasale est acceptée, mais faite en deux fois le malade étant extrêmement émotif.

Dans une première séance, ablation de partie du cornet inférieur, après anesthésie locale à la solution de cocaïne 1/10 et au mélange de Bonain.

Le 20 février, trépanation de la paroi sinuso-nasale à l'aide de la fraise électrique mais obligation de pratiquer pour ce temps-là une courte anesthésie générale ; la jeune fille redoute l'ébranlement provoqué par la rotation de la fraise électrique, et craint de remuer, elle est donc opérée couchée et après avoir aspiré quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

L'intervention a lieu sans incident, et peut être complétée, comme dans les autres cas, par un agrandissement de la brèche et un tamponnement à la gaze : le lavage du sinus seul a été négligé et renvoyé au lendemain au moment de l'extraction du tamponnement.

La malade quitte la clinique après 24 heures de repos et revient dès le lendemain faire régulièrement les lavages jusqu'à la fin mars, époque à laquelle on peut la considérer comme guérie. Elle ne mouche plus de pus et le liquide du lavage sort du sinus parfaitement clair.

Revue cette année. La guérison reste confirmée.

Obs. V. — M. D..., 45 ans, commerçant. Vient me consulter le 21 février 1911. Il est porteur d'une sinusite maxillaire gauche d'origine dentaire et dont le début paraît remonter à environ trois mois.

L'écoulement n'est pas très abondant mais le malade est très inquiet par l'odeur fétide qu'il perçoit.

A l'examen : pus dans le méat moyen, sinus nettement obscur et pupille opaque.

Une première grosse molaire paraît suspecte, et en dépit des soins qui lui ont été donnés depuis longtemps j'en conseille l'ablation : l'une des racines porte un petit kyste.

En mars, ponction et lavages dia-métriques, mais dès le troisième lavage, devant la persistance de l'écoulement purulent, et surtout celle de la fétidité, le malade réclame une intervention plus radicale (les ponctions lui sont du reste fort désagréables et éveillent des douleurs qui persistent la journée entière).

4 avril 1911. Trépanation endo-nasale (méthode Claoué) après anesthésie locale (pulvérisation à la cocaïne adrénalinée et badigeonnage au mélange de Bonain).

Assis en face de moi, le malade est très calme ; dans un premier temps avec la pince à turbinotomie de G. Laurens je résèque rapidement une partie du cornet inférieur et passe de suite au second temps : effondrement de la paroi sinusienne à la fraise électrique de

12 mm. de diamètre. Pas d'agrandissement de la cavité, pas de curetage. Un lavage antiseptique d'environ un litre et un tamponnement à la gaze stérilisée, terminent une intervention qui a duré à peine 10 minutes.

Après un repos de quelques instants, le malade regagne paisiblement son domicile.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Dès la première semaine l'odeur a totalement disparu et après un mois tout lavage est cessé, fétidité et écoulement nasal ayant complètement disparu.

Malade revu souvent depuis, la guérison est restée définitive.

OBS. VI. — M. M., 25 ans, instituteur. Se présente à moi en mars 1911 avec une sinusite maxillaire gauche datant d'au moins 3 ans. Origine dentaire ; le malade est porteur d'un appareil, la plupart des dents correspondant au sinus infecté, ont été enlevées.

Depuis un an M. M. était traité par un confrère qui après avoir pratiqué 15 lavages dia-méatiques, fit au trocart la trépanation du sinus par voie endo-nasale. Au moment où je vois le malade, c'est-à-dire deux mois plus tard, on ne trouve plus trace de la brèche faite dans la paroi méatique, et le lavage du sinus après ponction ramène énormément du pus à odeur caractéristique.

Le 19 juin, après anesthésie locale par simples pulvérisations de cocaïne à 1/10 et badigeonage au mélange de Bonain, je pratique une ablation plus complète du cornet inférieur puis l'ouverture immédiate de la paroi sinusale à l'aide de la fraise électrique. J'agrandis largement à la pince, la brèche osseuse, à travers laquelle un pus très fétide et des fongosités s'écoulent spontanément. J'achève rapidement l'intervention par un lavage et un écouvillonnage de la cavité avec un stylet coudé ad hoc, et recouvert à son extrémité d'un coton imbibé d'eau oxygénée dédoublée. Enfin tamponnement sinuso-nasal.

Le malade très docile a fort bien supporté toutes ces petites manœuvres et peu après il quitte la clinique.

Les soins consécutifs ont consisté en lavages antiseptiques (lysol à 5/1000) mais le malade habitant hors de Marseille, ce traitement a été très irrégulièrement fait, néanmoins en septembre le malade revient me voir, il ne ressent plus aucune odeur et le liquide du lavage ressort du sinus parfaitement clair.

Revu en juin 1912, M. M. mouche encore quelques sécrétions suspectes. Toutefois la fétidité n'est jamais réapparue, et les lavages du sinus faits soit par nous, soit par le malade lui-même ne ramènent aucune sécrétion.

OBS. VII. — A trait à un jeune homme de 30 ans, M. P., habitant Paris et venu en décembre 1911 chez des parents à Marseille.

Depuis un an il est traité par des lavages et sans amélioration sensible, par un de nos confrères en spécialité.

Il se plaint depuis longtemps de percevoir souvent une très mauvaise odeur, son nez lui paraît obstrué, il salit deux ou trois mouchoirs par jour, il déglutit fréquemment des sécrétions, enfin il est sujet aux maux de tête, et a perdu l'odorat du côté gauche.

A l'examen pas de pus dans le méat moyen mais sécrétions purulentes dans le naso-pharynx ; à l'éclairage, la pupille du côté gauche reste sombre et le sinus maxillaire correspondant nettement obscur. Une ponction faite immédiatement donne issue à une grande quantité de pus extrêmement fétide.

Cette sinusite est d'origine vraisemblablement dentaire : en 1907 et 1908 abcès fréquents venant d'une première grosse molaire, qui a dû depuis être extraite et portait à l'une de ses racines un kyste. Sécrétion et fétidité réapparaissent rapidement et le malade accepte la cure radicale par la méthode endo-nasale.

3 janvier. — Opération du malade en position rhinoscopique après anesthésie locale à la solution de cocaïne (pulvérisations) et au mélange de Bonain.

Réséction partielle du cornet inférieur et trépanation de la cavité malade à la fraise électrique sont rapidement faites et sans incident.

Hémostase et analgésie sont parfaites ; elles me permettent d'agrandir largement en avant et en arrière ma brèche osseuse, puis de pratiquer aisément après lavage au lysol un tamponnement sinuso-nasal à la gaze imbibée d'eau oxygénée dédoublée.

Le malade quitte la clinique environ une heure plus tard. Le lendemain le tamponnement est enlevé et suivi de lavages quotidiens la première semaine, puis espacés jusqu'au 25 janvier, époque à laquelle, rappelé par ses occupations, il doit regagner Paris. Il n'est point encore guéri mais il fait parfaitement ses lavages et voici le résultat écrit par lui-même dans une lettre du 22 mars :

« Ce vieux sinus est parfaitement guéri. Hier encore pour m'amuser et voir le résultat avant de vous écrire j'ai fait un lavage, il n'y a plus rien, je mouche maintenant même très peu souvent et aucune sécrétion comme avant. Pas d'odeur, plus de déglutitions diurnes ou nocturnes ».

Obs. VIII. — M. G., 51 ans, contre-maître C^{ie} Navigation. Fin février se présente à ma consultation avec un écoulement nasal remontant à environ un an ; travaillant sur les quais et exposé à toutes les intempéries, il attribuait simplement cet écoulement à un rhume de cerveau chronique et n'y ajoutait aucune importance. Mais depuis quelques jours, il souffre beaucoup de la tête, il mouche davantage encore, et les sécrétions sont nettement purulentes.

A l'examen : pus dans le méat moyen droit et polypes.

A l'éclairage : sinus obscur, pupille opaque, rien du côté des cavités frontales.

Le lavage du sinus ramène un pus très fétide ; trois nouvelles ponctions restent sans résultat, et le 8 mars le malade après nettoyage de son méat moyen accepte la cure radicale par voie endo-nasale.

Le malade est extrêmement fort, et très courageux, en outre la narine large facilite beaucoup l'intervention.

Anesthésie locale comme d'habitude (pulvérisations de cocaïne à 1/10 et mélange de Bonain), puis en quelques minutes, je procède

successivement à la résection partielle du cornet inférieur et à la trépanation de la paroi sinusale, comme toujours à la fraise électrique.

Agrandissement de l'orifice d'où s'écoule spontanément un pus à la fois très épais et fétide, lavage antiseptique au lysol, enfin, introduction d'une mèche de gaze imbibée d'eau oxygénée dans la cavité infectée.

Le 20 avril le malade pouvait être considéré comme guéri. Encore quelques croûtes épaisses et verdâtres, mais aucune sécrétion purulente, pas la moindre odeur.

Revu trois ou quatre fois depuis, le malade est tout à fait bien, et les croûtes elles-mêmes ont totalement et définitivement disparu.

Obs. IX. — M. X., 30 ans, photographe. Il s'agit ici d'une sinusite maxillaire double datant d'au moins dix ans. Le malade atteint d'une affection cardiaque s'est toujours refusé à une cure radicale pensant qu'elle devait entraîner l'anesthésie générale.

Depuis longtemps la bouche a été mise en état et il y a 5 ans déjà, un de mes confrères en spécialité après avoir plusieurs fois lavé le sinus maxillaire droit du malade, lui fit accepter une perforation alvéolaire avec mise en place d'un drain.

Ce drain ne fut toléré que 4 jours, mais à travers l'orifice resté béant, des lavages quotidiens sont pratiqués pendant un mois et ceci, sans résultat.

À la suite de cette tentative, le malade renonce à tout traitement jusqu'en février 1912, époque à laquelle il vient me consulter parce qu'il souffre de la tête, déglutit sans cesse des sécrétions fétides et salit jusqu'à 8 mouchoirs par jour.

À l'examen : pus dans les méats moyens et sinus maxillaires franchement obscurs, une ponction diamétrique suivie d'un lavage ramène du pus du sinus droit mais reste impossible du côté gauche ; non seulement les narines sont très étroites, mais de ce côté-là, la paroi sinusale est concave fuyante et extrêmement résistante.

Le 20 février. Après anesthésie locale à la solution de cocaïne 1/10 et au mélange de Bonain, le malade en position rhinoscopique, j'opère par la méthode endo-nasale le sinus droit. La cisaille de Mahu me facilite beaucoup l'ablation partielle du cornet inférieur et je trépane ma paroi sinusienne à l'aide d'une fraise électrique toujours à lames hélicoïdales, mais piriforme.

L'intervention s'achève sans incident après agrandissement de la brèche osseuse, lavages antiseptiques et enfin tamponnement sinuso-nasal à la gaze imbibée d'eau oxygénée.

Les suites opératoires des plus simples consistent en lavages quotidiens jusqu'au 4 mars, date à laquelle je pratique après le même mode d'anesthésie et suivant la même technique, l'ouverture du sinus gauche. Le malade supporte aisément cette seconde intervention et regagne à pied son domicile après un repos d'environ une heure à la clinique.

Le lendemain retraits de la mèche sinuso-nasale et lavages quotidiens pendant les 8 jours suivants.

Déjà la fétidité a totalement disparu, mais aux lavages, j'ai cette fois-ci adjoint plusieurs fois non le curetage de la cavité, mais un écouvillonnage à l'aide d'un stylet coudé *ad hoc* et imbibé tantôt d'eau oxygénée tantôt de chlorure de zinc à 1/10.

A partir du 15 mars, lavages très irrégulièrement faits deux fois par semaine ; quoi qu'il en soit, le 20 avril la dessiccation des sinus paraît obtenue.

Revu ces jours-ci encore le malade n'a jamais plus mouché de pus, du côté gauche persistent cependant quelques croûtes épaisses, simple indice que la cicatrisation de la brèche sinusienne et du cornet inférieur n'est pas tout à fait complète.

En somme, sauf dans l'obs. V où l'affection était relativement récente, dans tous les cas, il s'agissait bien de *lésions anciennes*. La plupart de ces sinusites chroniques étaient d'origine dentaire. Or, aucune intervention n'a été tentée sur la cavité antrale avant la mise en parfait état de la bouche. De plus, ponctions et lavages diaméatiques sont toujours restés sans résultat, nous n'avions donc point affaire à de simples empyèmes. Enfin, chez plusieurs de nos malades, le méat moyen était bourré de tissu de dégénérescence, de polypes, indice certain que nous étions là, en présence d'écoulements anciens, venant d'une cavité à muqueuse profondément altérée, et non en face de sinusites bénignes, d'inflammations récentes, à guérison facile ou même à évolution plus ou moins rapide vers la résolution spontanée.

Malgré cela sur neuf opérés, nous avons obtenu huit guérisons, encore le malade de notre obs. VI n'est-il pas un insuccès certain ? La fétidité a disparu, le sinus paraît desséché, il est donc possible que les sécrétions aient une autre origine : le sinus frontal ou les cellules ethmoïdales par exemple ¹.

Considérant que le drainage spontané à travers la large brèche sinusienne était l'acte capital de l'opération, j'ai toujours eu foi dans ce drainage spontané, et me suis *rigoureusement abstenu de tout curetage*, aussi l'intervention a-t-elle été toujours de courte durée (1/4 d'heure-20 minutes au plus), mais la guérison complète n'a guère été obtenue avant un et même deux mois et suivant un cycle qui m'a paru être toujours le même ; c'est

1. Ce malade doit être considéré comme guéri. Voici en effet ce que lui-même aujourd'hui nous écrit dans une lettre toute récente (17 juin) : « Cette fois, je crois pouvoir vous annoncer ma guérison définitive. Bien que j'aie abandonné les lavages de mon sinus depuis déjà assez longtemps. Voici bien 15 jours que tout écoulement a cessé. Je ne mouche plus que très rarement, et quelques petites croûtes qui ne sont rien à côté de celles que je mouchais encore il y a deux mois, au moment où j'allais déjà beaucoup mieux. »

d'abord la fétidité qui disparaît, et cela en général dès la première semaine, puis les sécrétions purulentes, enfin, des croûtes épaisses et verdâtres. Ces dernières paraissent venir moins du sinus que des surfaces et sections (cornet inférieur, rebord de l'orifice sinuso-nasal). En tout cas j'ai hâte d'ajouter que ces croûtes, je les ai vues chez tous mes opérés disparaître définitivement, avec la cicatrisation complète du cornet inférieur et des bords de la brèche sinuso-nasale.

La technique que nous avons employée a toujours été des plus simples.

S'est-il agi de *l'anesthésie pré-opératoire*? Sauf dans un cas (Obs. IV) où la malade très pusillanime nous a obligé à recourir au chlorure d'éthyle, cette anesthésie a toujours été locale et appliquée d'une façon banale. D'abord pas de seringue, pas de longues aiguilles, je n'ai jamais recherché l'infiltration cocaïnique du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond, pas plus que je n'ai eu à recourir aux piqûres conseillées par Mahu (thèse Arnal) au niveau du cornet inférieur, et aussi de la muqueuse tapissant le méat inférieur.

Cette région toutefois, devant supporter tout le traumatisme, c'est elle que j'ai seulement visée et il m'a toujours suffi pour en réaliser l'hémostase et l'analgésie complète, d'employer successivement, soit à l'aide d'une mèche de gaz laissée en place, soit en pulvérisations, une solution au dixième de cocaïne adrénalinée, puis cinq minutes plus tard un badigeonnage sérieux avec le mélange de Bonain.

C'est avec ce mode d'anesthésie bien élémentaire que j'ai opéré tous mes malades et certain même (obs. II) des deux sinus dans la même séance.

Toujours très efficace, non seulement ce procédé ne m'a jamais causé le moindre désagrément mais il m'a en outre toujours permis (chose très avantageuse) de pratiquer toute mon intervention tranquillement, le malade en position rhinoscopique, c'est-à-dire assis devant moi comme pour un vulgaire examen.

Au point de vue instrumentation.

La cisaille perforatrice de Mahu et les pinces plates de Luc rendent de réels services pour pratiquer la résection partielle du cornet inférieur, mais à mon avis l'instrument de choix pour pratiquer la brèche sinusienne, c'est la fraise électrique.

A l'aide d'un moteur assez puissant (1/6 ou 1/8 HP) et en ayant soin de pratiquer la brèche osseuse, pas trop en avant, on obtient un résultat rapide et parfait.

Avec mon confrère Claoué nous avons fait faire des fraises de dix à douze mm. de diamètre, à lames hélicoïdales comme celles conseillées par Escat, mais non plus rondes, elles sont piriformes, disposition qui tout en facilitant leur introduction au niveau de l'auvent nasal parfois rétréci, leur permet de se loger plus facilement dans le méat inférieur et même de s'insinuer entre la paroi sinusale et la partie restante du cornet inférieur.

L'agrandissement de l'orifice ainsi obtenu, est aujourd'hui rendu bien facile, grâce à une richesse de pinces très perfectionnées que l'on trouve surtout à l'étranger et qui malheureusement ne semblent pas exciter beaucoup la jalousie de nos fabricants français. C'est ainsi qu'on obtient les meilleurs effets de la pince de Wagner montée sur le manche de Windler. Très ingénieuse, cette pince permet d'agir indifféremment sur les sinus droit ou gauche, et d'agrandir la brèche osseuse antérieurement, c'est-à-dire d'un côté où, suivant la judicieuse remarque d'Escat, il serait très imprudent d'appliquer la fraise, le contrefort osseux créé par l'intersection des parois antérieures et internes du sinus pouvant gêner ou même empêcher sa pénétration dans la cavité.

Enfin, et pour conclure, je dirai que pour qui a l'habitude de travailler dans un nez, cette opération est d'une simplicité enfantine, elle peut à la rigueur se faire sans aide, hémostase et analgésie sont faciles, le traumatisme est insignifiant, les suites opératoires bénignes et les résultats très encourageants.

De tous les reproches faits à cette intervention le plus légitime est encore celui qui émane de sa simplicité même, ce caractère de simplicité est tel, il faut bien l'avouer, qu'il porte un peu atteinte au prestige oto-rhinologique. Mais ce n'est pas là un motif suffisant pour rejeter cette méthode, et nous croyons de plus en plus à son avenir, non seulement parce qu'elle est à la portée de tous, mais encore parce qu'elle donne d'excellents résultats, et que ses rares échecs eux-mêmes, restent une indication précieuse pour le Caldwell-Luc, dont elle ne constitue du reste qu'un des temps les plus délicats et peut-être aussi le plus important.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DES TUMEURS PRIMITIVES DES POUMONS

Par **A. EPHRAÏM** (de Breslau).

[Traduction par J.-E. MATHIEU, de Challes-Cannes.]

On ne peut contester que le diagnostic des tumeurs du poumon, si rare autrefois pendant la vie, soit rendu plus facile par le procédé de Röntgen, mais ce progrès n'est indubitablement point satisfaisant. La radioscopie ne donne de renseignements que sur la forme et la grandeur des modifications pathologiques, mais non sur leur nature. Dans tel cas particulier, cela peut avoir une valeur primordiale par suite de la coïncidence d'autres symptômes, mais d'ordinaire ces symptômes sont incertains, et il faut pour que se réalise la première hypothèse un concours de circonstances particulièrement favorables. Particulièrement la difficulté subsiste de reconnaître la tumeur pulmonaire la plus fréquente; le carcinome, de la tuberculose pulmonaire. Les deux affections peuvent en effet montrer les plus grandes ressemblances non seulement dans leur évolution clinique¹ mais sur les radioscopies; et ceci abstraction faite des cas où, comme les autopsies l'ont montré², il y a coexistence des deux affections.

Certes Otten³ a bien dit dans son traité sur le radio-diagnostic des tumeurs pulmonaires qu'il a acquis l'impression qu'on pouvait parler de caractère radiographique typique, mais ailleurs il remarque que l'on ne peut tirer, cela se comprend, de l'aspect des ombres, sans plus, aucune conclusion sur la nature de l'affection. Et, en fait, l'observateur impartial peut chercher en vain sur le cliché cette caractéristique hypothétique.

Conséquemment, et les clichés d'Otten le montrent aussi, la valeur diagnostique de la radiographie n'est considérable que si l'on s'appuie pour formuler un diagnostic précoce sur les différents symptômes.

Plus loin nous verrons contredite l'opinion de l'auteur que dans les cas douteux un cliché radiographique du poumon peut permettre à lui seul une déduction certaine.

D'après ces considérations l'on comprend la constatation de Karrenstein (1908 *l.c.*) : dans moins du quart des cas autopsiés à la Charité le diagnostic de tumeur pulmonaire était porté avant

la mort et cela bien que les malades aient suivi un traitement hospitalier.

Que le diagnostic de tumeur pulmonaire ait été posé plus fréquemment pendant la vie dans une série de cas, comme ¹ Muser le démontre, ce ne doit être considéré que comme une rare exception. Pratiquement il faut plutôt donner raison à Leube, qui, encore dans la dernière édition de son livre connu ³, considère le diagnostic des néoplasmes primitifs du poumon comme difficile entre tous.

Cette difficulté est d'autant plus regrettable, que la fréquence des tumeurs pulmonaires s'accroît manifestement, qu'on la considère comme affection commune et paraissant dans ces derniers temps se multiplier, constatation due soit à un accroissement numérique réel, soit à une découverte plus fréquente sur la table d'autopsie.

Tandis que d'après une statistique de Fuchs et Perutz portant sur la période de 1854-96 et comprenant 21.034 autopsies il y a 17 cancers primitifs du poumon, soit 0,08 % et 1,27 % de cancer pulmonaire primitif sur tous les cas de cancers observés, Otten de 1902 à 1907 note 37 cas, soit 0,35 % du nombre global d'autopsies et 3,3 % sur les cas de cancers. D'après une statistique de Karrenstein il y a sur 24.747 autopsies avant 1900 une proportion de 0,19 % de cancers pulmonaires et après 1900 0,31 % sur 10.272.

Benda ⁶ observa de 1900 à 1904 0,6 % de carcinomes pulmonaires sur le nombre total d'autopsies. Sur 870 autopsies de carcinomateux de 1881 à 1894, Pässler à l'Institut pathologique de Breslau note 1,83 % de carcinomes pulmonaires et sur 934 autopsies de cancer (Charité) pendant la période 1900-1907 on compte 3,42 %.

Aussi en pratique (Küttner ⁷, Sauerbruch, v. Schrötter ⁸) l'augmentation de la fréquence du carcinome primitif du poumon est admise.

Les grands progrès récents de la thérapeutique rendent de plus en plus proche la question de guérison des tumeurs pulmonaires et l'on montrera que le manque de précocité du diagnostic n'a pas été incriminé sans raison pour expliquer les succès.

Actuellement tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le nombre croissant des néoplasmes pulmonaires et particulièrement des cancers a son point de départ dans les bronches. Karrenstein a trouvé dans ses documents 12 cas sur 28 de cancers primitifs des bronches et Pässler, par contre, 47 sur 54. Kaufmann ⁹ croit à la majorité de ces cas, Lenhartz accepte 90 %.

comme proportion de néoplasmes primitifs, Benda et Birch-Hirschfeld sont de même opinion. Les autopsies montrent que le développement du carcinome bronchial se fait habituellement non pas au niveau des petites bronches mais surtout, et d'après Wolff, régulièrement au niveau d'une des deux bronches principales.

Or, d'après ce que nous avons vu, on peut rendre accessible à la vue l'arbre bronchique parla méthode bronchoscopique, de beaucoup la meilleure. De plus elle ne permet pas seulement de constater la présence d'une tumeur, elle permet d'en préciser la situation et, à l'aide d'une excision exploratrice, la structure.

Cependant jusqu'ici elle a été employée rarement. Je fais abstraction des tumeurs de la trachée qui n'entrent pas en ligne de compte ici, de même que de celles du médiastin et de celles dont un diagnostic déjà posé ne fut que vérifié endoscopiquement ; jusqu'ici par conséquent la bronchoscopie ne fut pas employée exclusivement pour le diagnostic.

Dans la littérature je ne trouve que les données suivantes :

v. Eicken¹⁰ posait le diagnostic de tumeur bronchiale dans le cas d'une suppuration circonscrite des poumons lorsqu'on crut qu'un corps étranger en était la cause : l'excision donna un enchondrome. De même Nager¹¹ dans un cas de sténose de la bronche droite attribuée à la syphilis vit le diagnostic transformé par l'excision exploratrice, il s'agissait d'un carcinome. Pendant la même année Mann¹² vit et excisa chez un homme de 60 ans un carcinome de la bronche droite ; chez ce malade qui toussait depuis longtemps : auscultation, percussion et examen radiographique étaient complètement négatifs.

En 1910 Spiess¹³ enleva de la bronche droite une tumeur polypeuse qui avait provoqué une forte dyspnée et une matité étendue.

De 1911 date une observation de Guisez¹⁴ qui fit un diagnostic de carcinome bronchique chez un homme souffrant d'une dyspnée inexplicée. Kahler¹⁵ publie en 1911 sur trois cas de tumeur de la bronche droite (deux carcinomes, un myxosarcome) qu'il excisa en même temps ; on n'indique pas si dans ces cas le diagnostic était posé avant la bronchoscopie ou ne fut possible que par elle.

De ce nombre très faible jusqu'ici d'observations on ne peut cependant conclure à une restriction proportionnelle de la valeur de la bronchoscopie pour le diagnostic des tumeurs du poumon, mais de ce qui a été dit et de ce que nous verrons on constatera plutôt que la faute en est à une trop rare application de ce procédé.

Dans le cours de l'année passée j'ai eu 4 fois l'occasion de déterminer par voie bronchoscopique l'existence et la nature de tumeur pulmonaire dans des cas complètement obscurs.

1. Otto H., 58 ans, télégraphiste. Entrée 8 mars 1911. — Sauf une affection pulmonaire pendant sa jeunesse et jusqu'à l'établissement d'une pharyngite catarrhale, bonne santé. A Noël 1910 expectoration sanglante. Cela se reproduit assez souvent en janvier 1912. Parfois râles du côté gauche. Légère dyspnée, fréquentes sueurs nocturnes. Aujourd'hui hémoptysie. Percussion normale. Inspiration aiguë sous la clavicule. Pas de bacilles T dans l'expectoration. Nez, larynx normaux; légère pharyngite chronique. Bronchoscopie : trachée, bifurcation de la bronche droite normales. Au niveau de l'insertion de la bronche gauche sur le lobe supérieur à 31 centimètres de l'arcade dentaire, tumeur irrégulière gris-rougeâtre qui montre une ulcération en avant. La pince n'étant pas prête, le tube est enlevé.

14 mars 1912. — Nouvelle bronchoscopie. Excision d'épreuve d'un fragment de tumeur de la grosseur d'une lentille.

17 mars 1912. — Radiographie (E. Bruck) : à gauche de l'ombre cardiaque médiane, séparée de celle-ci par une zone normale de la largeur de 2 travers de doigt, ombre floconneuse, très mal délimitée, de la grandeur d'une paume d'enfant. Elle n'est point caractéristique et fait songer en premier lieu à la tuberculose. Recherche histologique du fragment enlevé : carcinome villeux à cellules pavimenteuses. Evolution subséquente : le patient se sentit bien après cette prise, les hémorragies ne se produisent pas après, plus tard prennent le 25 avril 1912. Rapport du médecin : l'état subjectif du malade se maintient assez bon. Respiration légèrement stridoreuse, dyspnée légère en parlant, pas de matité appréciable en haut, à gauche en avant et en arrière ronchus disséminés.

Résumé. — Chez un homme de 58 ans, jusque-là bien portant, se produisent depuis peu de légères hémoptysies; une inspiration aiguë au niveau du lobe supérieur gauche, la radiographie montre une ombre irrégulière, en faveur de la tuberculose. L'excision exploratrice donne un carcinome bronchique.

2. M. R., 64 ans, entrepreneur. Entrée 9 mai 1911. Depuis de nombreuses années troubles rhumatismaux; depuis janvier 1911 toux, depuis la mi-février fréquente expectoration sanguinolente. Le sang était sombre, jamais spumeux et fut toujours précédé de toux, il y avait quelques râles dans la poitrine en avant. Dernière hémoptysie datant de 5 jours. Beaucoup de sueurs nocturnes. Depuis 3 semaines la respiration est juste suffisante et fortement accentuée pendant le sommeil surtout et dans la montée des escaliers. Dernièrement douleurs thoraciques à gauche qui sont considérées comme rhumatismales.

Stridor assez léger aux deux temps respiratoires. Mutité, respiration affaiblie. Dans le reste respiration de sténose. A droite en posi-

tion assise bruit de frottement. Catarrhe léger du nez et de la gorge. Laryngoscopie : larynx normal, trachée rétrécie dans son tiers supérieur par une forte voussure de sa paroi droite. Expectoration sans bacilles T et sans autres éléments caractéristiques.

12 mai. Radiographie : le cliché montre une ombre assez grande qui se rattache à l'ombre cardiaque et est très mal délimitée.

13 mai. Bronchoscopie : La voussure de la trachée se montre à l'entrée du tube très molle et dépressible, elle se laisse comprimer sans inconvénient. La bifurcation est fortement élargie et de couleur gris-blanc (inflammation des ganglions bronchiques) ; bronche droite normale. Au milieu de la paroi de la bronche gauche, à 34 cm. de l'arcade dentaire, tumeur rouge violacée de la grosseur d'un haricot, partagée en son milieu par une cavine. Un fragment de cette tumeur très dure est excisé. Recherche histologique : carcinome pavimenteux.

Après l'excision bronchoscopique l'expiration sténosique disparaît et ne se reproduit plus. Un nouvel examen bronchoscopique montre que le gonflement de la paroi droite constaté auparavant a disparu. Pour le reste l'état du malade n'a pas changé. Quand plusieurs semaines après le malade se représente, la matité à gauche a augmenté, l'expectoration est devenue manifestement purulente, il y a commencement de perte de force. Irradiation des rayons de Röntgen au niveau du thorax sans succès.

En août 1911, mort chez lui, pas d'autopsie.

Résumé. — Chez un homme de 64 ans se produit de la toux, depuis quelques mois hémoptysies, depuis quelques semaines léger stridor. Auscultation, percussion et radioscopie sont en faveur d'une affection chronique inflammatoire ou tuberculose du lobe supérieur gauche. La bronchoscopie dénote : carcinome de la bronche gauche et sténose de la trachée.

Il est à remarquer que celle-ci ait disparu définitivement après la bronchoscopie. Elle put être due à des ganglions tuméfiés, poussés par le tube et fixés dans une nouvelle situation.

3. X., 47 ans. Fabricant. Entrée 19 octobre 1911. Depuis 5 ou 6 ans tousse beaucoup, depuis un an constamment. Il y a 2 ans 1/2 pour la première fois crachement de sang, qui après assez longtemps se répète alors plus fréquemment. L'expectoration est depuis environ 3/4 d'année très abondante, fortement purulente, non fétide ; elle gêne extrêmement le malade ; un sentiment de blessure se manifeste dans la région du xyphoïde ; il diminue généralement après une hémoptysie.

Le patient fut ces derniers temps en traitement dans une clinique connue. Se fondant sur l'absence de B. T., sur une radiographie négative et les symptômes habituels de bronchite chronique, compliquée d'ectasie, il y fut admis. Le traitement resta sans succès.

19 octobre 1911. Ronchus diffus des deux côtés, pas de matité, expectoration comme ci-dessus. Diagnostic : bronchite chronique purulente. Le traitement comprend des pulvérisations endobron-

chiques d'émulsion huileuse de térébenthine, de novocaïne et d'adrénaline. L'expectoration devient bientôt plus fluide et un peu moins abondante.

24 octobre 1911. Aucun ronchus : percussion négative, bruit respiratoire fort, murmure vésiculaire, état subjectif bon, mais expectoration encore abondante et purulente. Par suite on pense à une supuration locale. Wassermann négatif.

31 octobre 1911. Examen radioscopique : le hile du côté droit est un peu plus sombre qu'à gauche, mais on peut à peine parler de cas pathologique, le reste normal.

Bronchoscopie : difficile par suite de la forme de l'arcade dentaire et la petitesse de la bouche. Bronche droite normale. A gauche sécrétion purulente. Dans la profondeur à 34 cm. de l'arcade dentaire masse rouge granuleuse. Excision d'un fragment. La recherche histologique montre qu'on a saisi un fragment de muqueuse enflammée. On pense à la possibilité de l'existence d'un corps étranger profond, autour duquel des granulations se seraient formées et auraient fourni du pus.

4 novembre. Nouvelle bronchoscopie, le tube fut introduit à l'intérieur de la zone enflammée (36 cm. de l'arcade) et la sonde est entrée de quelques centimètres par une petite lumière. Rien n'est perçu comme corps étranger. Excision de plusieurs fragments jusqu'à une forte hémorragie. Application d'adrénaline sans succès, cautérisation à l'acide chromique. Application de cocaïne suprarenine. L'hémorragie cesse.

5 novembre. Température 38°5, il se fait une infiltration sous-lobaire qui reste cependant circonscrite. Le 10 novembre la température subsiste. Le 17 novembre percussion et auscultation de nouveau normales. L'examen histologique des morceaux enlevés dénote un carcinome à cellules cylindriques. L'expectoration a un peu augmenté pendant la période fébrile, puis a notablement diminué.

Les 14-17 nouvelles applications de H_2O_2 et de glycérine iodoformée dans la bronche droite : à la suite de ce traitement l'expectoration se réduit à un reliquat muqueux peu abondant de sorte que le patient est libéré de ses troubles. Il part le 20 novembre chez lui où il doit se soumettre à un traitement par les rayons de Röntgen. Le 2 janvier 1912, toux et expectoration ont tout à fait diminué, pas de sensation intrathoracique, quelques symptômes catarrhaux seulement.

23 mars 1912. Le patient a augmenté de 7,5 kg. Peu de toux. Expectoration rare. A intervalle de plusieurs semaines quelques faibles hémoptysies (jusqu'à une cuiller à thé). La sensation de piquûre à l'extrémité inférieure du sternum subsiste encore à un faible degré. Son légèrement tympanique au sommet, ronchus épars.

Résumé. — Un homme de 47 ans bien portant par ailleurs souffre depuis assez longtemps d'une bronchite purulente qui résiste à tout traitement. Par la thérapeutique endo-bronchique les symptômes de catarrhe disparaissent.

Reste une expectoration purulente malgré une auscultation, une percussion et une radioscopie normales. L'examen bronchoscopique montre un carcinome profond de la bronche droite. Après excision de la partie antérieure de la tumeur l'expectoration disparaît presque complètement et l'état général s'améliore. Il doit y avoir une ectasie bronchique qui s'est faite derrière la tumeur sténosante et qui a guéri par disparition de la sténose.

4. Elfriede E., 23 ans, ouvrière, 19 janvier 1911. Depuis le début de décembre 1910 toux modérée ; depuis Noël crachements répétés de sang pur jamais spumeux, en petite quantité. Faible matité et affaiblissement de la respiration au niveau du sommet droit ; début de ralentissement sous la clavicule.

Famille saine. Bon état général. Le cliché radioscopique montre une image remarquable : une ombre linéaire horizontale mobile pendant la respiration, allant s'amincissant vers la région externe et tirée du milieu de l'ombre presque jusqu'à la limite externe du poumon. Bronchoscopie : dans la bronche droite au début de l'entrée dans le lobe supérieur, tumeur irrégulière et très rouge. Excision d'un fragment, cautérisation chromique. Histologie : sarcome à grosses cellules alvéolaires.

Résumé. — Fille de 23 ans, bien portante jusque-là, souffre depuis quelques semaines de toux et d'hémoptysie. Examen physique dénote tuberculose du sommet droit. Radiographie extraordinaire inexplicable. Bronchoscopie : sarcome de la bronche droite. Il s'agit d'une forme infiltrée.

[L'auteur vit tout dernièrement un cas presque analogue où des hémoptysies seules appelaient l'attention. Les examens bronchoscopique et radioscopique permirent seuls de faire le diagnostic.] (Note manuscrite de l'auteur, résumée par le traducteur.)

Dans tous ces 4 cas sus-décrits de tumeur pulmonaire un diagnostic était impossible sans examen bronchoscopique, bien plus il permit d'en identifier l'existence et la nature histologique. Dans les cas I et II qui furent examinés, après diagnostic posé, la tuberculose devait être considérée comme probable, radioscopie, symptômes généraux (sueurs nocturnes) étaient en sa faveur. De même dans le cas IV il y avait beaucoup pour la tuberculose, tandis que la radiographie ne parlait point dans ce sens, mais sans donner cependant d'éclaircissement.

Le troisième cas est surtout intéressant : là, par suite de la thérapeutique endo-bronchiale les symptômes de catarrhe furent supprimés, la suppuration restante fut tarie à titre d'accident secondaire comme les autres symptômes à une ectasie produite en amont d'un carcinome bronchique.

De ces cas ressort le fait que la bronchoscopie n'a pas seule-

ment une valeur pour le diagnostic des tumeurs pulmonaires à un moment où les symptômes sont encore effacés, mais d'où ils peuvent rester longtemps insignifiants ; et cela montre l'avantage, sur lequel on doit insister, qu'il y a à employer cette méthode dans tous les cas observés de pathologie intra-thoracique. On y devra avoir recours au même titre qu'à toutes les autres méthodes habituelles d'investigation clinique.

Cela peut être d'autant plus demandé qu'elle est sans danger¹⁶ et relativement peu pénible pour le patient si le médecin est suffisamment exercé et s'il agit suivant les règles ; de plus si l'on n'emploie pas pour l'anesthésie bronchique de substances toxiques mais des sels de quinine non toxiques¹⁷. L'excision d'épreuve peut aussi être considérée comme sans péril. En effet, sur 3 cas il s'est produit une infiltration pneumonique, d'ailleurs guérie complètement à brève échéance, elle paraît être une conséquence tout à fait accidentelle et le fait de cautérisations chromiques énergiques plutôt que de l'excision. Aucune complication ne se produisit dans mes autres cas ni dans les nombreux autres des auteurs, de sorte qu'on ne peut conclure de ce cas unique.

Une question subséquente est de savoir si la bronchoscopie n'est point, outre sa valeur de méthode de diagnostic, un procédé de traitement. On peut déjà y répondre jusqu'à un certain point.

Considérons d'abord les tumeurs *bénignes*. Il y a déjà quelques cas d'ablation avec succès durable (v. Eiken, Spiess). On doit remarquer d'ailleurs que ces tumeurs histologiquement bénignes peuvent devenir malignes. Indépendamment de la sténose qui en est une conséquence directe, elles peuvent provoquer des complications secondaires graves. Blicher¹⁸ publia le fait d'une obstruction chez un homme, dont un enchondrome de la bronche droite provoqua, à la suite d'une pneumonie, une stase de sécrétions mortelle et il cite deux observations analogues de Müller et de Radestock. Semblable est le cas ci-dessus rapporté de Eiken dans lequel l'ablation bronchoscopique amena la disparition des symptômes inflammatoires, puis la guérison.

A l'égard des tumeurs *malignes* la bronchoscopie n'est point sans valeur thérapeutique. Parce que tout d'abord un diagnostic précoce permet d'éviter au malade l'ordonnance de séjours hospitaliers coûteux (sanatorium, voyages) et dont les résultats ne peuvent qu'être nuls. Nous pouvons ensuite nous rendre utiles par un traitement endobronchique palliatif. Dans mes quatre cas existaient des hémorragies qui étaient pénibles au malade ; après excision et cautérisation des parties accessibles elles ne se

reproduisirent plus ou du moins furent atténuées. Par la suppression des manifestations de bronchectasie secondaire une amélioration remarquable de leur état général.

D'autant plus précoce sera le diagnostic, d'autant plus nous pourrions songer à la possibilité tout au moins d'une intervention radicale. Certes, on ne connaît jusqu'ici qu'un cas (Kahler), dans lequel une tumeur de la bronche droite (carcinome papillaire, cellules cylindriques) fut enlevé par voie bronchoscopique, l'insertion fut cautérisée au galvano et le malade est resté jusqu'ici sans récurrence (2 ans 1/2).

On doit ajouter que des résultats aussi encourageants ne peuvent être obtenus que dans des cas particulièrement favorables; mais après que les radiographies ont montré qu'il n'y avait point extension néoplasique, la question d'intervention se pose, surtout après une trachéotomie donnant un champ opératoire beaucoup plus abordable.

D'autre part, on est autorisé, dans le cas de diagnostic précoce, à attendre un plus grand effet des autres méthodes thérapeutiques que ceux observés jusqu'ici. Je songe à la radiothérapie dont l'effet sur des tumeurs médiastinales a déjà été prouvé dans une série de cas. Là où la radiumthérapie serait indiquée, les difficultés techniques disparaîtraient pour l'application de longue durée au niveau de la lésion au moyen d'un tube construit à cet effet. Mais à ce propos on doit prendre en considération les observations rapportant la production d'œdème et de réaction inflammatoire au niveau des voies aériennes supérieures, fait qui réclame dans l'application de ce procédé au champ bronchique une grande prudence.

C'est à l'égard d'une intervention opératoire que paraît au maximum l'importance d'un diagnostic précoce.

Les mauvais résultats enregistrés jusqu'ici des interventions chirurgicales dans le cas de néoplasme pulmonaire sont, comme le montrent les communications des chirurgiens, attribuables en partie à la grande extension que les tumeurs avaient prise déjà au moment de l'opération.

Friedrich¹⁹ dit en résumé: « Le diagnostic des tumeurs pulmonaires du poumon est la plupart du temps d'abord à poser, quant aux mesures opératoires il n'est point à y songer. Leur nature anatomique est rarement connue par des moyens physiques et à un stade précoce. » Nous sommes fondés à attendre de la méthode bronchoscopique un changement complet à ce point de vue et nous pourrions conduire nos malades au chirurgien non pas à un stade avancé mais tout au début. C'est ainsi

que mon troisième cas paraît très indiqué pour une opération, étant donnée la situation superficielle de la tumeur. D'autre part nous ne pouvons nous dissimuler que la méthode chirurgicale ne peut que rarement valoir pour les tumeurs bronchoscopiquement mises en évidence. Pour la plupart, en effet, elles sont situées dans la région du hile et par suite très difficilement accessibles au chirurgien²⁰. L'indication opératoire devra être posée suivant chaque cas particulier, en considérant aussi que les tumeurs malignes des bronches peuvent avoir une évolution très lente comme le montrent mes cas I, III et IV. Le fait que dans les pneumotomies pour corps étrangers leur découverte fut très rarement possible, et aussi que, sur la table d'autopsie la trouvaille d'assez petites tumeurs des poumons est accompagnée de difficulté (Benda) fait paraître souvent souhaitable la combinaison de la bronchoscopie et de l'opération; ainsi s'est-elle affirmée dans un cas très heureux²¹.

Malgré tous les progrès récents le traitement des tumeurs pulmonaires reste donc encore aujourd'hui un problème. Mais de toute façon, elle aboutira d'autant plus tôt, qu'elle pourra être précocement instituée, c'est-à-dire d'autant plus que le diagnostic sera précoce.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vgl Pässler, Ueber das primäre Carcinom der Lunge. Virchow's Arch., Bd. 145.
2. D'après Wolff (Fortschr. d. Med., 1895) entre 31 cas de carcinome 13 fois; voir aussi Karrenstein, Charité-Annalen, 1908, et Lenhartz in Ebstein-Schwalbes, Handbuch der prakt. Med. 2 Auflage 1905, I, S. 355.
3. Forts. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 15.
4. Cit. nach Otten.
5. Spec. Diagnose der Inn-krankheiten, 1911.
6. D. med. Wochenschr., 1904, S. 1454 (Verh. d. Comités für Krebsforschung).
7. Chirurgencongress, 1908.
8. Klinik der Bronchoscopie, 1906, S. 417.
9. Lehrb. d. spec. path. Anat. 5 Aufl., 1909.
10. Verhandl. d. Vereins süddeutscher Laryngologen, 1907.
11. Id.
12. München med. Wochenschr., 1907, 23
13. Münch. med. Wochenschr., 1910, 40.
14. Cit. nach Zeitschr. f. Ohrenh. Bd. 69, S. 400.
15. Bronchoskopie und Oesophagoskopie Referat für den I. Internat., Laryngologen-Congress, Arch. f. Laryng. Bd. 25.
16. Dernièrement W. Kümmel, dans un travail portant sur 4 cas personnels (Sur les complications graves de la bronchoscopie et de l'œsophagoskopie in D. med. Wochenschr., 1911, 46), a exprimé l'opinion que cette méthode peut être dangereuse. Cependant il est à remarquer que 3 cas rapportés comme « graves complications » guérirent

rapidement, que Kümmel pratiqua la bronchoscopie dans des cas de dyspnée laryngée bien que ceci soit considéré soit comme une contre-indication par les auteurs (Ingolz, Guisez, Fourrault, Killian) soit comme intervention grave (v. Schrötter, Brünings).

De ces 4 cas on ne peut d'ailleurs rien conclure. Parmi les 4 observations de Kümmel se produit une complication qui ressort à l'état antérieur du sujet : jeune malade de 9 ans atteint d'obésité et d'affection mitrale. Quant aux autres la nocuité de la bronchoscopie n'est pas prouvée ainsi que le démontrent les suites.

Kahler n'a, dans une statistique de plus de 1.000 trachéo-bronchoscopies, pas rencontré un cas de complication indiscutable ; d'après mon expérience ce procédé n'est pas dangereux.

17. Ephraïm, Ungiftige Schleimhautanaesthesia. Monats. f. Ohrenh. 1911, 5.

18. Mitt. aus d. Grenzgeb. der Inn Med. u. Chirurg. Bd. 21, 55.

19. Chirurg. Congress, 1907.

20. Vgl Körte, Der gegenwärtige Stand der Lungen-chirurg. Berl. klin. Wochenschr., 1912, S. 950, und Karewski ebd. S. 318.

21. Schefold, Ueber die Verwertung der Killianschen Bronchoscopie bei Pneumotomie. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 43.

CINQ CAS DE FISTULE CONGÉNITALE DE L'OREILLE

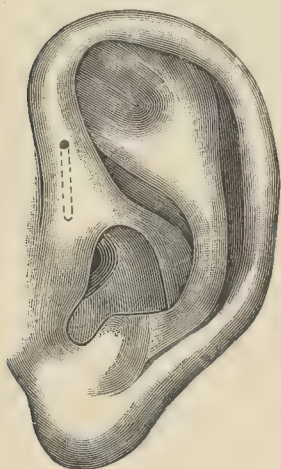
Par **M. MANGAKIS** (d'Athènes).

Au mois d'octobre 1904, j'ai communiqué à la Société Médicale d'Athènes, pour la première fois, un cas de fistule congénitale de l'oreille en présentant en même temps la personne qui portait cette malformation et qui était un jeune homme âgé de trente ans que j'avais vu pour la première fois au mois de mai 1903.

Voici ma communication :

« Vous me permettez, Messieurs, de vous présenter une personne, qui porte une malformation congénitale sur le pavillon des deux oreilles.

« Il est vrai que les malformations en général sont multiples



et nullement rares dans le corps humain, mais, pour ma part, on ne saurait leur nier complètement une certaine signification, je pense même qu'elles présentent toujours quelque intérêt, et c'est pourquoi je me permets de retenir votre attention quelques instants, en vous démontrant cette malformation de l'oreille. Elle n'est pas décrite aujourd'hui pour la première fois, mais il y a peut-être plusieurs confrères qui n'ont pas eu, jusqu'à présent, l'occasion de l'observer, ou bien elle a échappé à leur attention, d'autant plus que la malformation en question non seulement s'observe assez rarement, mais, même

lorsqu'elle existe, elle se présente tellement rudimentaire que plusieurs médecins ne parviennent pas à la découvrir.

« Comme vous voyez sur la personne qui porte cette anomalie de développement, ainsi que sur cette figure qui la représente exactement, il s'agit d'une fistule borgne située symétriquement à la même place sur les deux pavillons des oreilles de cet homme.

« L'orifice de cette fistule, de dimensions minimales, plus petit qu'une tête d'épingle, se trouve sur la partie antérieure de l'hélix, un peu au-dessus du tragus. Elle est très étroite, ne permettant l'introduction que d'une sonde très fine ; sa longueur est de 9 millim. presque dans l'oreille droite, de 12-12 1/2 millim. dans l'oreille gauche ; elle se dirige de haut en bas et en dedans, de sorte que son extrémité borgne va jusqu'au-dessus du tragus.

« En exerçant avec le doigt une certaine pression le long de cette fistule de bas en haut vers son orifice, on voit sourdre une très petite quantité de liquide épais, lactescent, purulent ou plutôt ayant un aspect purulent. Ayant examiné à plusieurs reprises au microscope ce liquide, je n'y ai pu découvrir qu'un petit nombre de cellules épithéliales. En se desséchant facilement au niveau de l'orifice de la fistule, ce liquide forme une croûte qui obstrue cet orifice, ce qui empêche l'écoulement du liquide formé dans la fistule. La rétention du produit de sécrétion fistulaire a comme résultat l'accumulation du liquide qui distend ainsi les parois de la fistule et en forme une tumeur de forme allongée et très visible. Après détachement de la croûte, une pression assez forte suffit pour faire évacuer le liquide accumulé dans la fistule, et pour faire disparaître la tumeur fluctuante. C'est la seule incommodité qu'éprouve le porteur de cette anomalie de développement.

« J'ai vu cet homme pour la première fois au mois de mai 1903 dans le service oto-rhino-laryngologique de la polyclinique d'Athènes, et j'ai fait voir sa malformation otique à un certain nombre de confrères qui étaient présents. Dernièrement j'ai revu cet homme et je l'ai prié de venir à la Société Médicale pour vous le présenter.

« La fistule en question, qui s'appelle en latin : *Fistula auris congenita*, en français : *Fistule congénitale de l'oreille*, en allemand : *Kiemenfistel* et en grec : συγγενὲς βραγχιακὸν συρίγγιον τοῦ ὠτός, a été prise d'abord par la plupart des auteurs (Virchow, Trötsch, Schwartze, König, Burnett, Pflüger) et même aujourd'hui par plusieurs auteurs, comme un reste de la première fente branchiale. Cette opinion fut contestée par His, Gradenigo et par d'autres auteurs, qui prétendent que la fistule de l'oreille provient de la coalescence incomplète de la fente qui existe, durant la vie embryonnaire, entre les deux branches de la partie antérieure de l'hélix, la branche de l'hélix (*crus helicus*) et la branche qui se trouve au-dessus du tragus (*crus praetragicus* ou *supertragicus*).

« On rencontre la fistule congénitale tantôt sur les deux oreilles en même temps et à une place toujours symétrique au-dessus du tragus, et tantôt d'un seul côté sur une des oreilles; d'après Politzer l'existence de la fistule est fréquente du côté gauche. Parfois on ne trouve que des traces de la fistule dans la région du pavillon, décrite plus haut, comme une espèce de fossette ou de tache pigmentaire, laquelle indique la place où existe la fistule. La présence de cette fistule se transmet parfois héréditairement dans plusieurs générations (Katz, Bürkner).

« Cette fistule n'a aucun rapport ni aucune communication

avec le conduit auditif externe ou avec la caisse du tympan, comme on le crut au commencement. Le liquide lactescent ou puriforme qui s'en écoule est un produit de sécrétion de la couche épithéliale qui tapisse les parois du conduit fistulaire.

« Nous avons dit plus haut que ce liquide se desséchant facilement forme une croûte qui obstrue l'orifice cutané de la fistule et empêche l'écoulement du liquide. Ce dernier en s'accumulant distend les parois de la fistule et en forme une tumeur fluctuante de forme allongée, qui peut être prise pour un abcès. Dans un cas, cité par Urbantschitsch, la fistule obstruée était transformée en un kyste de la grosseur d'une noix (kyste branchial).

« Il m'a paru intéressant de vous occuper de cette malformation congénitale spécialement pour vous montrer la personne qui la porte, parce que, comme je le dis plus haut, elle n'est pas fréquente, puisque Grunert (*Archiv f. Ohrenheilk.*, vol. XLV), n'a pu en rassembler dans la littérature médicale que 47 observations jusqu'à 1898; dans le cas même où cette malformation existe, elle n'est pas suffisamment visible, de sorte qu'elle échappe à l'attention de plusieurs observateurs. »

Quelque temps après ma première communication, j'ai eu l'occasion d'observer un second cas de fistule congénitale de l'oreille chez une jeune fille âgée de 18 ans. Dans ce cas, dont je fis aussi une communication à la Société Médicale d'Athènes, la fistule avait une longueur de 8 millimètres, et n'existait pas sur les deux oreilles, comme dans le premier cas, mais seulement sur l'oreille droite, contre les observations de Politzer, qui a observé cette fistule plus fréquemment sur l'oreille gauche (Poltzer, *Lehrbuch d. Ohrenheilkunde*, 1901, S. 667). Dans ma seconde communication j'ajoutais que, bien que Grunert (*Archiv f. Ohrenheilk.*, vol., XLV) n'ait pu rassembler dans la littérature que 47 cas jusqu'à l'année 1898, pourtant j'ai formé maintenant l'opinion que cette malformation est d'une fréquence plus grande qu'on ne le croyait auparavant, et qu'on ne le pourrait croire d'après les données de la littérature, parce que la fistule en question n'est pas suffisamment visible, parfois même elle est tout à fait rudimentaire, de sorte qu'elle échappe souvent à l'attention du médecin, à moins que le porteur de la fistule ne vienne lui-même attirer l'attention du médecin sur cette malformation, ce qui d'ailleurs arrive très rarement, parce que le porteur de la fistule très souvent ignore l'existence de cette malformation sur son oreille, ou il n'en est nullement ou très peu incommodé et par conséquent il ne demande pas les soins d'un médecin.

Depuis ce temps-là, j'ai eu l'occasion d'observer encore trois cas de fistule congénitale. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille âgée de dix-sept ans et qui portait cette malformation sur les deux oreilles. Dans le second cas, la fistule congénitale existait seulement sur l'oreille droite chez une femme âgée de 40 ans. L'objet de la troisième observation était un jeune Crétois âgé de 27 ans, docteur en médecine, qui portait une fistule unilatérale, également sur l'oreille droite.

J'ai communiqué tous ces trois nouveaux cas à la Société Médicale d'Athènes durant l'année passée (1911), et comme ils ne présentaient rien de plus ou de différent en comparaison au premier cas, décrit par moi, il me semble inutile de faire une description en répétant les mêmes choses, sans avoir à y ajouter quelque chose de nouveau.

J'avais déjà fait à la Société Médicale d'Athènes la communication des deux premiers de ces nouveaux cas, lorsque le lendemain j'eus la visite du jeune docteur Crétois qui me fit voir la même malformation sur son oreille droite. Il m'avoua qu'il ignorait lui-même complètement l'existence de cette fistule sur son oreille et qu'il ne s'en est aperçu qu'après avoir entendu ma communication à la Société Médicale, à laquelle il assistait.

Ce cas aussi, après les autres, confirme entièrement ce que je disais dans ma seconde communication, c'est-à-dire que la fistule congénitale de l'oreille est assez fréquente, mais elle n'attire que rarement l'attention du malade et du médecin.

Qu'il me soit aussi permis d'insister aujourd'hui sur ce point-ci : La fistule congénitale, comme je l'ai dit aussi autrefois, s'observe soit sur les deux oreilles, à la même place, toujours symétrique, soit d'un seul côté (fistule congénitale unilatérale), sur l'une des oreilles seulement ; et dans ce dernier cas, Politzer a observé cette malformation plus fréquemment sur l'oreille gauche. Dans mes cinq observations personnelles, deux fois la malformation était bilatérale et trois fois unilatérale, seulement sur l'oreille droite, à l'encontre des assertions de Politzer. Il semble par conséquent que cette malformation peut s'observer au moins indifféremment sur l'une ou l'autre oreille sans aucune prédilection pour l'oreille gauche, ou pour l'oreille droite, ainsi que sur les deux oreilles. Dans tous les cas, la fistule congénitale de l'oreille, bilatérale ou unilatérale, n'est pas une malformation aussi rare qu'on pourrait le supposer, comme jusqu'à présent, ayant en vue la littérature médicale. Mes cinq cas observés quelques années prouvent la rareté relative de cette malformation.

VII

ÉPITHÉLIOMA PÉDICULÉ DE LA CORDE VOCALE DROITE. LARYNGO-FISSURE. GUÉRISON REMONTANT A QUATRE ANS ET DEMI AVEC RÉGÉNÉRATION D'UNE CORDE VOCALE.

Par **Henri CABOCHE**,

Ancien interne et assistant d'oto-rhino-laryngologie
des Hôpitaux de Paris.

M. G..., 34 ans, vient à ma consultation pour la première fois le 21 février 1907.

Il est atteint depuis 4 mois d'un enrouement auquel tout d'abord il ne donnait pas grande attention, lorsque le 5 février 1907, il expulsa en toussant une sorte de fragment polypoïde de la grosseur d'un petit pois qui le décida à prendre un avis.

Ce fragment polypoïde qui m'est présenté par le malade est dur, mamelonné, blanchâtre ; il a été expulsé sans émission sanguine.

Le malade petit, sec, déclare être en bonne santé générale. Il n'y a pas d'amaigrissement, mais il s'inquiète un peu de ce qui lui arrive. Pas de douleur.

Au laryngoscope, nous constatons sur la corde vocale droite la présence de deux tumeurs : l'une occupant le milieu de la corde vocale en son bord libre, du volume d'une noisette, retenu à son point d'implantation par un pédicule large de plusieurs millimètres ; l'autre beaucoup plus petite, presque sessile, occupant la partie antérieure de la corde au voisinage de la commissure, du volume d'un tout petit pois, et qui représente vraisemblablement le point d'implantation de la masse expulsée.

Les deux tumeurs sont mamelonnées, blanchâtres, d'aspect un peu nacré.

La corde a conservé toute sa mobilité, paraît normale en dehors du point d'implantation de nos deux tumeurs. Tout le reste du larynx est normal.

Pas d'adénopathie cervicale ni sous-maxillaire.

Nous pensons de suite à un épithélioma, et proposons au malade de faire une biopsie qui est acceptée et pratiquée le 23 février.

Dans l'intervalle, le malade avait expulsé sa tumeur principale qu'il m'apporte. Je jugeai préférable, néanmoins, de prélever un fragment du pédicule restant avec une partie de la corde vocale : l'examen gagnerait ainsi en netteté en nous indiquant non seulement la

structure de la tumeur, mais ses connexions avec les autres éléments de la corde.

L'examen pratiqué par le Dr Decloux, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté fut positif : il s'agissait bien d'épithélioma pavimenteux. (Nous reviendrons plus loin sur le détail histologique.)

Une intervention est décidée en principe ; mais, pour des raisons d'ordre extra-médical, elle n'est acceptée que pour le mois d'octobre suivant.

Dans l'intervalle, le malade rejette de nouveau le 22 avril une petite masse néoplasique du volume d'un gros petit pois. Le miroir montre que cette masse provenait de la partie moyenne de la corde : la tumeur de la partie antérieure ne se traduisant que par un dépoli de la région.

Le 30 octobre, opération. Sous chloroforme, on pratique la laryngofissure suivant les règles habituelles. Dans un premier temps, je pratique la trachéotomie et place une canule de Trendelenburg. La trachée, en partie ossifiée, oppose une certaine résistance à son introduction. Dans un deuxième temps, je pratique la section médiane du cartilage thyroïde qui doit être faite, vu l'état d'ossification avancée, avec la cisaille de Moure.

Le larynx ouvert me permet de voir ce que j'avais déjà constaté au laryngoscope : même dépoli de la corde vocale en avant, même monticule néoplasique du volume d'un tout petit pois à la partie moyenne.

Ablation aux ciseaux de toute la corde vocale en ayant soin d'aller en avant jusqu'à la commissure du cartilage thyroïde, en dehors jusqu'à la lame du cartilage, et en arrière jusqu'à l'aryténoïde dont on enlève une partie avec le processus vocal. Hémostase au thermocautère.

Suture des lames du thyroïde au catgut.

La peau est très lâchement suturée au voisinage de la canule pour éviter l'emphysème sous-cutané consécutif.

Les suites opératoires furent très simples : il y eut un minime emphysème sous-cutané qui disparut rapidement ; la température ne dépassa pas 37° 5. Je laissai en place la canule de Trendelenburg pendant 3 jours par crainte d'un suintement sanguin dans la trachée. Je le regrettai par la suite, car les anneaux ossifiés de la trachée s'en accommodèrent mal ; deux d'entre eux se nécrosèrent et furent éliminés en grande partie après formation d'un petit abcès cervical. Il en résulte actuellement une sténose trachéale minime et n'incommodant nullement le malade.

Quelques bourgeons charnus se montrèrent sur la plaie en voie de réparation sous forme de polypes que j'enlevai à plusieurs reprises et pour la dernière fois le 30 décembre. Peu à peu une nouvelle corde vocale s'est reformée tout à fait analogue à sa congénère avec cette double différence qu'elle n'est pas mobile et qu'elle est située sur un plan légèrement inférieur. La corde vocale saine s'est

mise peu à peu à compenser ce défaut de mobilité, et, actuellement la voix est revenue très suffisante pour permettre au malade l'exercice normal de sa profession d'architecte.

Mois par mois nous avons suivi le malade pour saisir une récidue possible qui n'est pas apparue depuis 4 ans et demi. Je pense, dans ces conditions, pouvoir prononcer le mot de guérison.

La pièce enlevée fut examinée par le Dr Decloux, et voici la note qu'il a bien voulu nous remettre.

« La pièce que nous avons examinée présente à sa partie moyenne une région où l'épithélium pavimenteux de revêtement offre un épaissement atteignant trois à quatre fois sa hauteur normale. En ce point, la régularité de la stratification est profondément modifiée; la couche basale de Malpighi est complètement désorientée; les cellules s'imbriquent dans différents sens. Plusieurs des cellules sous le champ examiné ont un noyau à chromatine vivement colorée et offrent des figures de karyokinèse. En deux points, deux boyaux épithéliaux pénètrent dans la couche sous-jacente à une assez grande profondeur. Leurs éléments cellulaires offrent les caractères typiques des cellules de la couche polygonale du revêtement cutané avec leurs filaments d'union caractéristique. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une prolifération épithéliale identique à celle de la partie superficielle. — La région sous-dermique est très vascularisée par des néo-capillaires; par place, ceux-ci sont entourés de manchons de cellules appartenant au type mononucléaire répondant aux éléments lympho-conjonctifs jeunes. D'autres cellules fusiformes jeunes se mélangent aux précédentes et sont l'indice de la réaction conjonctive avec organisation fibreuse qui s'élabore; plus profondément cette réaction fibreuse est très nette et circonscrit les quelques éléments cellulaires à type épidermique que l'on peut trouver isolés même jusqu'à la couche musculaire.

« Sur les côtés de la préparation se retrouvent beaucoup d'éléments glandulaires avec leur ordination et leurs cellules à mucus typiques.

« Le diagnostic que nous pouvons porter sur la partie de la coupe que nous avons examinée est donc celui d'épithélioma pavimenteux; mais nous insistons sur l'enkystement des lésions par du tissu conjonctif néoformé qui semble devoir en arrêter la marche envahissante: tissu conjonctif qui s'organise et deviendra fibreux vu l'importante vascularisation néo-capillaire qui le traverse. »

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous suggère des remarques à la fois d'ordre anatomique, clinique et thérapeutique.

I. *Au point de vue anatomique.* — Le microscope a montré des bourgeons épithéliaux s'enfonçant jusque dans la couche musculaire, mais enkystés par du tissu conjonctif néoformé. Cet enkystement paraît bien avoir mis obstacle à la marche envahissante vers la profondeur.

Il faut peut-être voir dans cette réaction enkystante des tissus voisins la cause de la pédiculisation de la tumeur: l'obstacle au développement en dedans vers la profondeur amènerait, par contre-coup, une exagération hyperplasique en dehors, du côté du bord libre de la corde vocale, exagération pouvant aller jusqu'à la rupture du pédicule devenu insuffisant par suite du développement exagéré de la tumeur. L'expulsion spontanée d'un fragment de tumeur chez un malade âgé serait donc un signe de malignité.

II. *Au point de vue clinique.* — Nous croyons le cas que nous venons de relater assez rare pour mériter les honneurs de la publicité (nous n'avons pas fait de recherches bibliographiques).

Pendant cinq années passées à la clinique laryngologique de Lariboisière comme interne et comme assistant, nous en avons observé un seul cas qui a été publié dans les *Annales des maladies de l'oreille* par notre ami le Dr Lombard.

Le diagnostic ne présente pas, croyons-nous, de grandes difficultés. Une tumeur même pédiculée chez un homme de cinquante ans doit toujours éveiller l'idée de malignité. L'aspect mamelonné, framboisé, la blancheur vaguement nacrée de la tumeur plaident dans le même sens. Indice de malignité aussi l'expulsion spontanée de fragments de tumeur, et, à plus forte raison, *l'expulsion répétée* de fragments : elle indique une croissance rapide de la tumeur qui est bien dans l'allure de l'épithélioma. Il sera bon, toutefois, de toujours faire un examen microscopique de la tumeur.

III. *Au point de vue thérapeutique.* — On pourrait se demander si, étant donnée la limitation relative des lésions constatées au microscope, une intervention faite par voie endo-laryngée n'eût pas été suffisante.

Nous ne nous sommes pas arrêté à cette idée.

Si l'examen histologique, en effet, a révélé la tendance à l'enkystement de boyaux épithéliaux, il a bien montré aussi leur tendance à s'infiltrer vers la couche musculaire. C'est pourquoi nous ne sommes pas tenté d'employer une méthode qui, ne permettant point de mesurer exactement l'action chirurgicale, peut laisser sommeiller dans les tissus des îlots épithéliaux dont le réveil serait des plus fâcheux.

La meilleure ligne de conduite nous paraît donc être la suivante : laryngo-fissure ; ablation large de la corde vocale jusqu'au cartilage comme nous l'avons décrite plus haut.

Nous n'avons pas à insister sur la technique de la thyrotomie, Disons toutefois qu'il y a intérêt à ne pas laisser la canule de Trendelenbourg en place plus de vingt-quatre à quarante-huit heures. C'est parce que nous l'avons laissée un temps plus long que nous avons eu de la nécrose de deux anneaux cartilagineux de la trachée avec, consécutivement, un petit rétrécissement trachéal très bien supporté d'ailleurs.

Insistons, en terminant, sur la régénération d'une corde vocale qui, à la motilité près, ressemble tout à fait à celle du côté opposé comme forme et aspect général.

C'est là un fait qui paraît fréquent : plusieurs cas en ont été rapportés, notamment à la Société française par le Dr Lannois, à la Société parisienne de laryngologie et par Saint-Clair Thomson dans un article récent (*British medical Journal*, février 1912).

C'est un fait très heureux pour cette catégorie d'opérés qui, grâce à la suppléance de la corde vocale du côté opposé, recouvrent un état fonctionnel très suffisant pour les besoins ordinaires de la vie.

VIII

PROLAPSUS OEDÉMATEUX CONGÉNITAL DE LA MUQUEUSE NASALE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Par le Prof. **U. CALAMIDA**

Chef du service oto-laryngologique de l'hôpital Maggiore de Milan¹.

Les deux observations qui suivent m'ont paru très curieuses et même elles mettent en évidence certains faits nouveaux. En effet, de patientes recherches bibliographiques et une enquête parmi les spécialistes rhino-laryngologistes et accoucheurs ne m'ont pas permis de retrouver des cas similaires.

OBSERVATION I. — Humbert M., âgé de 20 jours, est admis à l'hôpital le 16 juin 1909.

Rien à noter dans les antécédents ; l'enfant né à terme à la suite d'un accouchement spontané est bien portant, mais sitôt après sa naissance, les membres de la famille, la sage-femme et le médecin constatèrent la présence, dans la narine droite, d'un polype, gros comme une noisette, qui entraînait une gêne respiratoire augmentant lorsque l'enfant prenait le sein.

À l'examen objectif, on découvre dans la fosse nasale droite, une petite tumeur, colorée en blanc rosé, dont la surface est lisse et la consistance charnue. Sous l'influence d'un tampon imbibé de cocaïne et d'adrénaline, la tumeur pâlit légèrement mais elle ne se rétracte pas. Avec un stylet, on reconnaît que la tumeur s'implante par une large base, à la tête du cornet inférieur. Ablation à l'anse froide. L'enfant quitte l'hôpital au bout de quelques jours, en voie de guérison.

Au microscope, on reconnaît que la tumeur est constituée par du tissu connectif juvénile, imprégné de liquide séreux, avec de petites zones d'infiltration parvicellulaires limitées à la région sous-épithéliale.

On ne rencontre aucune cellule étoilée dans la trame du tissu connectif lâche, les vaisseaux sont clairsemés et remplis de sang. Le traumatisme opératoire a donné lieu à quelques dépôts sanguins.

OBS. II. — Rosa G., 24 jours, reçue à l'hôpital le 25 avril 1910. L'enfant est née à terme et normalement développée, mais on s'aper-

1. Communication au XIV^e congrès de la Société italienne d'oto-rhino-laryngologie, Rome, octobre 1911.

cut immédiatement que la respiration nasale est embarrassée, surtout durant les tétées. La mère ayant vu que la narine gauche était obstruée par un polype, son médecin lui conseilla de recourir à nos soins.

A l'examen, on découvre dans la fosse nasale gauche, une petite tumeur, d'un rose pâle, mobile pendant l'inspiration et implantée à la tête du cornet inférieur.

Traitement par des instillations de menthol, de cocaïne et d'adrénaline. Le bébé nous quitte le 1^{er} mai et depuis cette époque, la tumeur a régressé peu à peu et la respiration nasale est redevenue normale.

Les caractères cliniques et l'examen microscopique effectué dans les deux cas, m'autorisent à interpréter ces néoformations tératologiques comme des prolapsus œdémateux congénitaux de la muqueuse ; elles ne ressortissent pas à la catégorie de néoplasmes bénins dénommés improprement polypes du nez.

Il est inadmissible que ces tumeurs aient été provoquées par un traumatisme, soit durant la vie endo-utérine, soit au cours de l'accouchement, attendu que le traumatisme est incapable de déterminer l'éclosion de tumeurs sur des points aussi limités. Peut-être pourrait-on invoquer un trouble circulatoire chez le fœtus à la période endo-utérine et considérer la tumeur comme le résultat d'un œdème mécanique ?

Les nombreuses hypothèses que l'on peut échafauder ne sont aucunement persuasives et je ne les accepte pas ; je me borne à constater des faits présentant un vif intérêt, même si leur étiologie demeure obscure.

PEUT-ON DIAGNOSTIQUER UNE SURDITÉ TOTALE ET COMPLÈTE ? — PEUT-ON RENDRE L'AUDITION A UN INDIVIDU QUI N'ENTEND PLUS RIEN PRATIQUEMENT ?

Par **R. RANJARD** (de Tours).

S'il est une question qui semble a priori naïve, c'est bien la première de celles que je donne pour titre à cet article. Pour y répondre, dira-t-on, il suffit de rechercher les reliquats d'audition du sourd examiné, et la simple constatation de leur absence fixe l'opinion de l'auriste.

Pourtant, le sujet est un peu plus complexe et mérite qu'on le considère. Et cela devient important surtout si l'on envisage les conséquences thérapeutiques qu'il est permis de tirer de la solution de cette question.

Si l'on consulte la littérature otologique, on s'aperçoit que les auteurs sont bien loin d'être d'accord sur la fréquence de la surdité complète et totale. La grande majorité des statistiques établies jusqu'ici a porté uniquement sur les sourds-muets. Or cette mise à part des sourds-muets est absolument illogique. Les sourds-muets ne sont pas forcément très sourds. L'étiologie de leur infirmité ne lui est pas particulière. Beaucoup d'entre eux sont moins sourds que bien des sourds-parlants. Ils ne se distinguent en réalité de ceux-ci que par la date de leur dysacousie. Comme je l'écrivais dans un livre récent ¹, un sourd-muet n'est autre qu'un sourd qui l'est devenu avant d'apprendre à parler, et qui est muet parce que le degré de la surdité a été suffisant pour l'empêcher de comprendre la signification du langage, donc d'en acquérir l'usage.

Quoi qu'il en soit, et cette parenthèse étant fermée, bien des auristes depuis Itard ont cherché à établir la proportion des surdités totales, et cette proportion est d'après eux extrêmement variable. Itard l'évalue à plus de 50 %. Hedinger l'estime à 72 %, Lemke à 20 %, Politzer à 70 %, Bezold à 19 %. Je pourrais continuer cette énumération sans trouver deux statistiques d'accord.

Quelle est donc la cause de ces divergences ? Elle est très simple et n'est autre que l'insuffisance des méthodes acoumétriques utilisées, et aussi la diversité des sources sonores employées dans leur application.

1. R. RANJARD. La surdité organique. Baillière, édit. Paris, 1912.

Il faut en effet réserver le terme de surdité totale et complète à l'abolition absolue du sens de l'ouïe, c'est-à-dire à la conséquence de l'absence congénitale ou de la destruction complète des centres auditifs, ou encore de la disparition de toute relation entre ces centres et l'oreille. Or, il peut subsister chez un sourd des reliquats d'audition que les acoumètres les plus précis, donnant les sons les plus violents, ne peuvent déceler. Cette impossibilité ne peut être palliée, par le fait même que l'intensité d'une source sonore acoumétrique a une limite dans son utilité. Cette limite est le moment où l'amplitude de la vibration devient suffisante pour déterminer une sensation tactile égale ou supérieure à la sensation auditive possible et recherchée : le sourd confond alors ces deux sensations et le renseignement qu'il donne est incertain.

Il est donc évident que plus l'intensité de l'acoumètre utilisé s'approchera (sans l'atteindre) de cette limite, plus il révélera de reliquats auditifs et moins le pourcentage des surdités complètes et totales sera élevé dans la statistique établie. Mais il est non moins évident, en raison même de cette limite, que le diagnostic de ces cas de surdité complète et totale ne pourra jamais être qu'un diagnostic de probabilité.

À la première des deux questions que je me suis posées, je réponds donc par la négative.

Cette solution n'a pas seulement un intérêt d'ordre purement spéculatif. Elle a aussi une importance pratique, tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue de la thérapeutique d'un cas de surdité soupçonnée d'être complète et totale. Et la preuve en réside dans ce simple fait, démontré par l'expérience mieux encore que par toute considération théorique, à savoir qu'il est possible de développer une audition dont il ne reste que des traces trop infimes pour être révélées à l'acoumétrie ; qu'on peut, en d'autres termes, souvent sinon toujours, rendre ou donner le sens de l'ouïe à un individu n'entendant plus rien ou n'ayant jamais rien entendu pratiquement.

Je n'ai pas l'intention d'exposer ici les différentes méthodes d'application des exercices acoustiques, ni, en particulier, le *modus faciendi* de celle que j'utilise et que je considère comme la méthode de choix : j'ai nommé celle de Marage, l'inventeur des sirènes à voyelles. Pas davantage je ne veux publier la statistique des résultats qu'elle donne ; je l'ai déjà fait, après Marage lui-même. Je voudrais seulement terminer en rapportant, aussi brièvement que possible, l'observation de trois des malades que j'ai traités jusqu'ici. Je pense que ces observations

suffiront à démontrer la véracité de ma thèse et à appuyer solidement mes conclusions.

Ces trois malades avaient été examinés par plusieurs auristes avant de venir dans mon cabinet. Ces examens avaient été pratiqués à l'aide des méthodes usuelles, c'est-à-dire la voix nue et les diapasons. Le résultat en avait été le même pour les trois sujets, à savoir que leur surdité était totale et qu'ils étaient sourds à jamais. De fait, pratiquement, dans la vie courante, ils n'entendaient rien, et l'un d'eux, sourd-muet (Obs. I) n'imaginait même pas ce que pouvait être le sens de l'ouïe. Cependant je pus chez deux d'entre eux, à l'aide des sirènes à voyelles, découvrir des traces d'audition, au moins pour certaines voyelles. Cet acoumètre en effet peut révéler, en raison de l'intensité des sons qu'il est capable de donner, des restes auditifs absolument inutiles pratiquement. Ce que j'appellerai la « limite de l'audition pratique » correspond environ à une acuité auditive de $1/275$ à l'acoumètre de Marage. A partir de ce degré, la surdité est telle que le malade peut être considéré comme plongé dans un silence constant. Quand, par hasard un son très violent pour une oreille saine et à peine supportable par elle vient impressionner celles de ce sourd, cette sensation est si faible qu'elle peut passer inaperçue, qu'elle est en tout cas incertaine et mal interprétée, et insuffisante pour apprendre ce que c'est qu'un son à celui qui n'a jamais entendu.

Quant au troisième malade dont je rapporte l'observation, je ne pus mesurer son acuité auditive que d'un côté. De l'autre, l'examen fut négatif; il me fut impossible de découvrir le moindre vestige d'audition. Pourtant, comme on va le voir, celle-ci fut développée aussi bien des deux côtés, aussi bien chez ce malade que chez les deux premiers.

OBSERVATION I¹. — M^{lle} P... est née à terme, sans incident, de parents bien portants et non consanguins; ni parmi ses proches ascendants, ni parmi ses collatéraux, il n'y eut de sourds ni de sourds-muets. A la fin de la première année, elle fut atteinte, à la suite d'un coryza, d'otites moyennes suppurées, pendant lesquelles on observa des convulsions. Traitées par de simples lavages, les otites tarirent au bout de 6 mois à gauche et de 9 mois à droite. Mais alors que l'audition semblait normale avant les accidents auriculaires, la surdité qu'ils déterminèrent ne parut pas s'atténuer après leur guérison. Au contraire, cette surdité s'accrut et parvint rapidement à

1. Cette observation n'est pas inédite et a été communiquée par M. GABRIEL, à l'Académie de médecine, le 28 juin 1910.

un tel degré que l'on put la considérer comme complète, et elle entraîna fatalement la surdi-mutité.

A plusieurs reprises, l'enfant fut traitée par divers spécialistes sans aucun résultat, et finalement fut déclarée incurable. Vers l'âge de 10 ans, pour pallier à l'infirmité, la tante de cette malade commença de lui enseigner la lecture sur les lèvres et la parole. Elle y parvint bien qu'elle fût sans le secours d'aucune étude préalable, mais grâce à une patience et à une énergie peu communes, aidée aussi par l'intelligence de la jeune fille. Celle-ci acquit ainsi une instruction assez développée.

Je vis pour la première fois M^{lle} P. en mai 1908 : elle était alors âgée de 38 ans. Elle lisait parfaitement sur les lèvres de son interlocuteur et parlait un français assez correct, d'une voix sourde et caractéristique. Elle me déclara alors ne pas se souvenir d'avoir jamais entendu, et ne semblait pas avoir la notion même du son. Près d'un train en marche, elle en sentait la trépidation, mais ne percevait pas le sifflet de la locomotive, si strident fût-il.

L'examen otoscopique me révéla des lésions sensiblement identiques des deux côtés. Les pavillons et les conduits auditifs externes étaient normaux. Mais des désordres considérables s'étaient produits dans les oreilles moyennes. A droite, à la périphérie de ce qui avait été le tympan, existait un bourrelet fibreux, dur et anesthésié, entourant une large perforation donnant accès dans une caisse tympanique envahie par les adhérences. Les osselets avaient disparu. A gauche, et à la place du tympan, existait une néo-membrane très épaisse à la périphérie, mince et semblable à une fine pellicule non tendue et très mobile à son centre, insensible dans toutes ses parties.

A l'examen fonctionnel, le diapason n'était perçu ni par la voix aérienne ni par la conduction osseuse. La voix, renforcée par un cornet acoustique, et criée, n'était perçue ni à droite ni à gauche.

Je pris la mesure de l'acuité auditive avec les sirènes à voyelles de Marage, et cette mensuration me donna les résultats suivants. (Dans ce tableau, les chiffres, placés en regard de chaque voyelle, correspondent à la pression minimum, évaluée en millimètres d'eau, sous laquelle cette voyelle est perçue.)

Oreille droite			Oreille gauche		
OU	.....	235	OU	.....	210
O	.....	221	O	.....	210
A	.....	239	A	.....	215
E	.....	220	E	.....	209
I	.....	?	I	.....	?

La voyelle I n'étant pas entendue sous la pression de 500 millimètres, l'acuité auditive pouvait être supposée nulle pour cette voyelle.

L'acuité auditive moyenne se trouvait être :

$$\text{Oreille droite} = \frac{1}{283}$$

$$\text{Oreille gauche} = \frac{1}{269}$$

La courbe graphique de l'acuité était pathognomonique d'une lésion de l'appareil auditif nerveux. Je posai donc le diagnostic de surdité consécutive à une lésion des nerfs ou des centres de l'audition, survenue au cours d'otites moyennes suppurées. Et je proposai, malgré la gravité du cas, le traitement par les exercices acoustiques au moyen des sirènes à voyelles.

Ce traitement fut commencé le 8 juin 1908. Au bout de deux semaines (14 séances), l'acuité auditive était déjà remontée à droite à 1/202, et à gauche à 1/149. Les cinq voyelles étaient alors perçues. A ce moment les bruits violents de la rue — trompes d'automobile — commencèrent d'être perçus. Au cours de la troisième semaine, M^{lle} P. entendit pour la première fois le son d'un piano. Après 21 séances je constatai 1/83 à droite et 1/99 à gauche. C'est alors que la voix nue, créée près de l'oreille commença d'être perçue suffisamment pour être répétée par la malade. Vers le même temps celle-ci écouta avec une satisfaction évidente un morceau de piano. Il est impossible de décrire la joie et l'étonnement continuels de M^{lle} P. à cette période de son traitement.

Au bout de 4 semaines, l'acuité auditive était de 1/44 à droite et de 1/40 à gauche, les leçons de français furent commencées sous ma direction. Pour un sourd-muet, en effet, un mot est une image labiale et non un son. M^{lle} P. entendait bien les mots, pouvait les répéter, mais était incapable de les comprendre bien qu'elle fût démutisée. Cette tâche fut ardue, ma malade ne comprenant pas très bien au début l'utilité de ce travail qui consiste à apprendre une langue mot par mot, et trouvant suffisante la lecture sur les lèvres comme moyen de conversation.

Après 40 séances l'acuité auditive était devenue 1/9 à droite et 1/6 à gauche. La voix ordinaire, non forcée était entendue à plus de 3 mètres. A ce moment M^{lle} P. se plaignit même de trop entendre. La perturbation apportée dans l'existence de cette personne habituée au silence perpétuel devint pour elle une cause de fatigue. Je dus cesser le traitement. Après deux mois de repos passés à la campagne, ma malade revint près de moi et je terminai sa cure en deux semaines. Après 55 séances son acuité auditive était de 1/2 à droite et 1/3 à gauche. C'est celle d'une personne atteinte d'une légère dureté d'oreille, qui a quelque peine à suivre une conversation générale, mais dont l'infirmité peut souvent passer inaperçue.

Depuis j'ai revu souvent mon ex-sourde-muette. Le résultat acquis se maintient intégralement.

Obs. II. — M^{me} B... était âgée de 53 ans, quand elle vint me consulter il y a deux ans. Elle me conta alors qu'à l'âge de 16 ans elle

fut atteinte très brusquement d'une surdité bilatérale à évolution très rapide et qui ne tarda pas à être complète : « Aucun bruit, aucun son, me disait-elle, n'est parvenu à mon oreille depuis 37 ans ! »

Je ne pus faire qu'un diagnostic de probabilité. La constatation de l'intégrité des oreilles moyennes, celle d'une courbe acoumétrique caractérisée à droite et à gauche par un trou sur l'I, donc pathogénomique de lésions nerveuses, la brusquerie du début de l'infirmité, me firent supposer, même en l'absence de tout autre stigmate, une double névrite spécifique d'origine héréditaire.

L'acuité auditive de cette malade se rapprochait de celle de la sourde-muette dont je viens de conter l'histoire. Cette acuité en effet, mesurée à l'acoumètre de Marage, était à droite de $1/265$, et à gauche de $1/241$. Le traitement que j'entrepris me donna un résultat extrêmement rapide. Au bout d'une semaine seulement, c'est-à-dire sept séances, la voix fut perçue près de l'oreille. Après 21 séances, la malade suivait un interlocuteur parlant distinctement, mais sans crier, à la distance de $0^m 50$. Au bout de six semaines, j'obtins l'acuité auditive de $1/8$ à droite, et de $1/12$ à gauche. Les progrès s'arrêtèrent alors ; le maximum d'amélioration possible était atteint. En 42 séances, j'avais donné à M^{me} B., qui pratiquement n'entendait plus rien, la possibilité de suivre une conversation particulière. Elle l'a gardée depuis.

Obs. III. — Voici enfin l'un des cas de surdité les plus graves et les plus prononcés que j'aie traités. C'est celui d'un enfant de 9 ans qui tomba sourd à la suite d'une méningite cérébro-spinale. Je vis ce jeune garçon un an environ après la guérison de sa terrible maladie. Celle-ci lui avait laissé une surdité bilatérale, très prononcée à droite mais lui permettant cependant de percevoir de ce côté, le son de la voix renforcée par un cornet, et semblant totale et complète du côté gauche.

A l'examen, je trouvai les oreilles moyennes intactes. L'acoumétrie confirmait l'existence de lésions labyrinthiques ou centrales en donnant à droite une courbe graphique caractéristique. L'acuité auditive de ce côté était en moyenne de $1/216$. Mais du côté gauche il me fut impossible de trouver le moindre vestige d'audition révélabl par l'acoumètre. Aucune des cinq sirènes-voyelles n'était perçue sous la pression la plus forte qu'il me fût possible de donner.

J'entrepris malgré cela le traitement par les exercices acoustiques et l'appliquai aux deux oreilles. Au bout de 7 séances, l'acuité droite s'était avancée à $1/157$; et j'eus en outre la satisfaction de constater que l'oreille gauche entendait ! Son acuité était encore bien faible, à $1/314$, mais les cinq voyelles étaient nettement perçues.

Depuis lors, les progrès furent prodigieux. La mesure prise après 28 séances m'indiqua à droite l'acuité $1/27$ et à gauche l'acuité $1/76$! Le traitement dura neuf semaines après lesquelles l'acuité auditive était parvenue à $1/7$ à droite et à $1/13$ à gauche. Le développement

de l'audition de l'oreille gauche de cet enfant est la preuve évidente de ce que j'affirmais au début de cet article.

En résumé et pour conclure, au contraire de l'opinion de Bezold et de son école, les exercices acoustiques n'ont pas seulement pour moyen et pour but de rendre plus facile au sourd l'usage de ses reliquats auditifs, sans développer ces reliquats. Quels que soient ces vestiges, si minimes soient-ils, même s'ils ne permettent pas au sourd d'entendre pratiquement, même encore s'ils sont trop faibles pour être révélés par l'acoumétrie, ils suffisent pour autoriser une tentative de traitement qui peut les développer jusqu'à un degré d'audition très élevé, voire même normal. En d'autres termes, il faut essayer les exercices acoustiques chez tous les sourds, même quand on soupçonne leur surdité d'être totale et complète. Seul, ce traitement peut lever le doute.

Il est vrai de dire que la méthode importe beaucoup et qu'il faut avoir recours au procédé donnant les résultats les plus rapides. Pour obtenir dans ces cas de surdités très graves une audition approchant la normale ou l'atteignant, il est nécessaire, étant donné le chemin à parcourir, que les progrès marchent très vite, que l'amélioration produite par chaque séance soit très prononcée. Car la durée d'une séance est forcément courte et le temps total d'un traitement est limité par la fatigue même de l'oreille qui lui est soumise.

La méthode de Marage remplit ces conditions de rapidité dans le résultat, et cela parce qu'elle consiste à utiliser pour les exercices acoustiques des vibrations vocales pures, non altérées de vibrations étrangères, c'est-à-dire en vérité l'agent spécifique de développement de l'audition de la voix. Et ce n'est pas là le moindre des avantages qu'elle offre sur les autres procédés employés jusqu'à ce jour.

LE TRAITEMENT DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE A LA HAUTE MONTAGNE

Par **DE REYNIER** (de Leysin).

Nous ne voulons pas discuter ici tout le traitement de la laryngite tuberculeuse, ce qui nous entraînerait trop loin, mais uniquement indiquer quels sont les principes à observer, chez les malades se soignant à la haute montagne, si l'on veut obtenir non seulement une guérison totale des lésions tuberculeuses du larynx avec restitution *ad integrum* du timbre de la voix, mais encore et surtout ne pas provoquer une aggravation des lésions pulmonaires ou intestinales qui accompagnent presque toujours les laryngites tuberculeuses.

De plus en plus nous avons la conviction que la laryngite tuberculeuse est un symptôme grave provenant au cours d'une tuberculose pulmonaire ou intestinale. Elle est la preuve d'un manque de résistance de l'organisme à l'infection tuberculeuse; sa marche dépendra avant tout de celle de l'état général.

En effet, une expérience de plus de dix ans nous a démontré que la laryngite tuberculeuse est la tuberculose qui présente le plus de tendances à guérir spontanément lorsqu'on place le malade dans des conditions lui permettant de remonter rapidement son état général.

Partant de ce principe, nous avons pris pour règle de n'intervenir chirurgicalement chez les malades arrivant à Leysin que dans les cas de laryngite tuberculeuse accompagnés de dysphagie.

Dans tous les autres cas nous nous abstenons totalement de toute intervention, car l'expérience nous a montré que le plus souvent la cure d'altitude, provoquant un relèvement de l'état général, suffit à amener la guérison totale des lésions tuberculeuses du larynx.

En effet, nous voyons fréquemment des laryngites tuberculeuses graves avec ulcérations, infiltrations et œdèmes, disparaître rapidement après un séjour de quelques semaines à la haute montagne.

Dès leur arrivée à l'altitude nous prescrivons à tous nos malades atteints de laryngite tuberculeuse, et cela quel qu'en soit le siège (épiglotte, aryténoïdes, fausses cordes ou cordes vocales), le silence absolu de la voix, n'autorisant que la voix chuchotée et celle-ci encore le moins possible. Nous prescrivons en outre trois fois par jour les pulvérisations de cinq minutes avec le liquide recommandé par le professeur Mermod.

Si la toux est sèche, fréquente ou trop violente, nous prescrivons un calmant quelconque, ce, afin de donner au larynx le plus de repos possible.

A notre avis, la cure de silence absolu est de toute importance, car nous avons acquis la certitude que le repos de la voix est la condition *sine qua non* d'une guérison rapide et entière avec restitution *ad integrum* du timbre de la voix.

De même qu'il est très difficile d'obtenir une guérison totale et rapide d'une arthrite tuberculeuse quelconque sans immobilisation de l'articulation, il est de même de toute nécessité d'immobiliser la voix autant que possible chez les malades atteints de laryngite tuberculeuse. Le grand danger que courent les malades atteints de tuberculose des cordes vocales est, qu'en voulant absolument parler à haute voix, ils forcent leur larynx et commencent peu à peu à parler avec leurs fausses cordes.

Cette habitude une fois prise ne se perdra que très difficilement, sinon pas du tout, et cela malgré une guérison totale des lésions tuberculeuses du larynx.

Les cordes vocales peuvent redevenir blanches nacrées minces, la région des aryténoïdes de nouveau entièrement normale, la voix ventriculaire subsiste.

Ni l'enlèvement des fausses cordes à la pince coupante, ni les cautérisations profondes au galvano-cautère, pas plus du reste que l'électrolyse ne nous donnent dans ces cas-là de bons résultats; la voix reste voilée pour le malheur du malade qui ne peut croire à la guérison, et pour celui du médecin qui se sent impuissant à modifier cet état de choses. La seule manière d'éviter ce grave inconvénient est, nous en sommes certain, le silence absolu de la voix dès le début de toute affection tuberculeuse du larynx.

Dans les laryngites tuberculeuses accompagnées de dysphagie, chez lesquelles le malade ne peut que très mal s'alimenter et dont les douleurs l'empêchent de dormir, nous opérons immédiatement, ceci, afin de permettre au malade de manger et surtout de boire et de dormir pour faciliter le relèvement de l'état général.

En effet, l'expérience nous a montré que dans ces cas-là l'expectative ne donnait aucun résultat, et que seule une intervention chirurgicale énergique était à même d'amener une amélioration rapide de tous les symptômes laryngés.

Après avoir essayé plusieurs méthodes, nous avons adopté presque exclusivement celle au galvano-cautère.

Après injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine et cocaïnisation locale avec cocaïne au 1/10, nous faisons de larges brèches dans les parties infiltrées ou œdémateuses.

Lorsque nous cautérisons, nous évitons absolument toutes les régions extra-glottiques et tout spécialement le bord supérieur des aryténoïdes ainsi que la face externe de l'épiglotte. Si l'on observe cette règle, non seulement l'intensité, mais encore la durée des douleurs consécutives à l'opération, et qui persistent toujours durant les 2-3 jours qui suivent seront considérablement diminuées.

Après chaque intervention nous prescrivons au malade, outre le silence absolu de la voix sus-mentionné, trois pulvérisations par jour également avec le liquide de Mermod et conseillons les applications de vessie de glace sur la face antérieure du cou.

Il est de règle de voir trois ou quatre jours après l'opération le malade pouvoir s'alimenter, buvant même de l'eau et cela souvent sans douleur aucune.

Si après une seule opération l'amélioration n'était pas suffisante et la douleur n'avait pas entièrement disparu, nous répétons l'intervention une seconde et même une troisième fois à des intervalles de deux ou trois semaines. Nous n'avons jamais eu à intervenir plus de trois fois.

Dès que les douleurs à la déglutition ont disparu, nous nous abstenons de vouloir obtenir de suite par de nouvelles opérations la guérison totale des lésions tuberculeuses laryngées. Nous laissons le malade aussi tranquille que possible, ce, afin de lui permettre de remonter rapidement son état général. Si tel est le cas, nous verrons alors les lésions laryngées se cicatriser entièrement, ne laissant subsister que quelques bourgeons ou granulations sans importance.

Lorsque le malade est en bonne voie de guérison (six mois, un an ou même plus, après les premières interventions), alors seulement nous enlevons à la pince coupante ou au galvano-cautère ces quelques granulations.

Il est bien évident que nous ne pratiquons cette intervention que chez les malades présentant encore une certaine résistance et chez lesquels on est en droit d'espérer, sinon une guérison, du moins une prolongation de la vie de plusieurs mois.

Chez ceux, par contre, où une affection laryngée grave avec dysphagie survient alors qu'ils sont *in extremis*, à l'encontre de certains de nos confrères, nous nous abstenons de toute intervention. Pourquoi, en effet, pour une amélioration très problématique, risquer de raccourcir l'existence du malade en procédant à une opération toujours fatigante, et dans ces conditions-là extrêmement pénible pour le malade.

Dans ces cas-là, nous prescrivons des pulvérisations soit

d'anesthésine, soit d'orthoforme, cinq minutes avant l'heure des repas, ce, afin de permettre au malade de s'alimenter le plus possible et cela sans douleur.

Dans les autres cas de laryngite tuberculeuse, non accompagnés de dysphagie, nous attendons pour intervenir chirurgicalement que la phase d'inflammation aiguë ait disparu. Lorsque le malade est devenu apyrétique, que son état général s'est relevé, que ses forces sont revenues, alors seulement nous nous décidons à opérer.

A ce moment-là, en effet, les lésions tuberculeuses laryngées se sont localisées et il nous est facile de détruire, et cela en quelques séances seulement, les ulcérations, granulations ou tumeurs qui subsistent encore.

Dans la majorité des cas, la laryngite tuberculeuse proprement dite est guérie, et si nous intervenons, c'est uniquement pour enlever les granulations, cicatrices ou synéchies qui empêchent le malade de retrouver une voix claire.

L'opération, dans ces conditions, se présente différemment et donne de bien meilleurs résultats. Elle est moins douloureuse pour le patient, plus facile pour le chirurgien, ne provoque que peu ou pas de réaction générale, et la guérison qui en résulte est presque toujours totale. Ici encore, la méthode que nous avons adoptée comme plus rapide, plus exacte, moins dangereuse est le galvano-cautère. Il est extrêmement rare que nous soyons appelé à employer la pince coupante. Le traitement post-opératoire est le même que celui que nous avons indiqué plus haut.

Nous estimons de toute importance de bien choisir le moment le plus favorable pour l'intervention.

A cet effet, il ne faut pas considérer uniquement l'état du larynx, mais bien plutôt avoir en vue l'état général du malade ou son état pulmonaire ou intestinal.

En effet, il ne faut jamais oublier que des opérations intralaryngées provoquent chez les malades faibles, cachectiques, ou gravement atteints, un plus ou moins grand choc qui aura un retentissement très défavorable sur les lésions pulmonaires ou intestinales.

Chez les malades apyrétiques et dont l'état général est satisfaisant, ces opérations, par contre, ne provoquent aucune réaction et permettent au malade de s'alimenter et de dormir. Pour éviter toute réaction de l'état général, nous faisons généralement les séances aussi courtes et aussi peu fréquentes que possible et à des intervalles de temps de 4 à 5 semaines.

Nos malades sont très rares chez lesquels nous avons dû

intervenir plus de dix fois. Nous estimons une grave faute de la part d'un laryngologue d'opérer chaque semaine, ou même deux fois par semaine, les malades atteints de tuberculose laryngée. En effet, ces interventions fréquentes finissent toujours (soit du fait de l'intoxication par la morphine ou de la cocaïne, soit du fait du choc lui-même) par provoquer une recrudescence des symptômes dans les foyers pulmonaires ou intestinaux. La cicatrisation des plaies provoquées par la cautérisation est de ce fait ralentie et moins satisfaisante.

Dans les cas de légères ulcérations des cordes vocales survenant chez un malade séjournant déjà depuis plusieurs mois à l'altitude, nous employons avec succès l'acide lactique à 65 ou 80 % appliqué deux fois par semaine.

Bien entendu, le silence absolu de la voix et les pulvérisations sont également prescrites au malade.

Parmi les autres méthodes que nous avons appliquées à Leysin, nous ne ferons que citer l'héliothérapie, puisque cette dernière est tellement en vogue actuellement.

Nous avons du reste rapporté du sanatorium d'Alland, près Vienne une impression très favorable des résultats obtenus par Sörgo avec l'héliothérapie intralaryngée, aussi l'avons-nous également appliquée ici à Leysin.

Nous avons cependant bientôt abandonné cette méthode, car les cas auxquels elle peut s'appliquer sont trop rares, la durée du traitement trop longue, son exécution est trop fatigante pour la plupart des malades et les résultats trop peu encourageants pour que nous ayons persévéré dans cette voie.

Du reste, le galvano-cautère appliqué comme je l'ai dit plus haut, nous a toujours donné, et cela dans tous les cas, des résultats immédiats si parfaits que nous n'avons pas jugé nécessaire d'avoir recours à une autre méthode.

La galvano-cautérisation du larynx n'est pas toutefois sans présenter quelques dangers; notre expérience nous a montré qu'ils étaient de deux sortes :

1° Les hémorragies.

Celles-ci se produisent presque exclusivement lorsqu'on cautérise profondément les replis ary-épiglottiques ou les granulations de la commissure antérieure.

Les hémorragies peuvent dans ces deux cas être très abondantes et atteindre un litre et plus en peu d'instant. Dans ces cas-là, je crois que le chirurgien doit se borner à rester calme et à tranquilliser son malade. *Ut aliquid* on peut faire une ou deux injections d'ergotine. Nous croyons qu'il ne faut surtout pas

chercher à comprimer, avec un instrument quelconque, les vaisseaux qui saignent. Toute intervention à ces moments-là est presque impossible, elle ne fait que provoquer la toux qui augmente encore l'hémorragie. Chose remarquable, ces hémorragies n'influent que peu sur l'état général et ne provoquent les jours suivants que peu ou pas de fièvre. Sur plus de 200 cas opérés avec cette méthode, nous n'avons pas eu à déplorer un seul décès provoqué par ces hémorragies.

2° Les emphysèmes sous-cutanés.

Nous les voyons apparaître à la suite d'opérations sous-glottiques. Lorsque le malade tousse, il pousse chaque fois dans le tissu conjonctif sous-glottique une certaine quantité d'air qui bientôt envahit toute la région du cou et même la partie inférieure de la tête. Le malade présente une grande difficulté à respirer, la glotte étant souvent réduite à un minimum. Dans ces cas-là il ne faut pas trop se hâter de trachéotomiser ou d'intuber le malade, mais se borner à attendre patiemment que la crise aiguë qui dure souvent plusieurs heures soit passée, en gardant le malade à portée et en se préparant à toute éventualité.

Nous prescrivons un fort calmant de la toux généralement sous la forme de morphine, ce, afin d'éviter autant que possible toute nouvelle introduction d'air dans le tissu conjonctif.

Ces deux complications sont les seules que nous ayons eu l'occasion de rencontrer durant ces six dernières années.

Hâtons-nous d'ajouter encore qu'elles sont si rares (hémorragies, 1 %; emphysèmes, 0,50 %) qu'elles ne doivent jamais retenir le chirurgien d'intervenir, surtout étant donné les résultats excellents que l'on obtient avec la galvano-cautérisation.

Pour terminer, indiquons brièvement les résultats que nous avons obtenus dans nos 100 derniers cas de tuberculose laryngée.

Dans ces 100 cas, 14 à leur arrivée à Leysin étaient atteints de tuberculose laryngée avec dysphagie accompagnée de tuberculose pulmonaire au 3^e degré (Turban).

De ces 14, 4 sont morts moins d'un mois après leur arrivée à Leysin; parmi les 10 autres, 8 guérissent entièrement leur affection laryngée avec restitution *ad integrum* de la voix; 1 nous quitte avant que nous ayons pu enlever une dernière fois les quelques granulations qui restaient encore après treize mois de séjour à l'altitude; toutes les lésions tuberculeuses laryngées étaient du reste entièrement guéries. Chez le dernier enfin, la voix resta ventriculaire et, malgré plusieurs interventions, le résultat fut négatif au point de vue de la clarté de la voix.

Des 86 autres restant, 32 guérissent spontanément leur affec-

tion laryngée avec restitution de la voix. Chez 2 il subsista, malgré guérison totale de toutes les lésions tuberculeuses du larynx, une voix ventriculaire. 3 enfin nous quittèrent en bonne voie de guérison.

Chez les 49 restant, les résultats opératoires furent des plus satisfaisants, puisque 37 guérirent entièrement et retrouvèrent une voix tout à fait normale.

7 nous quittèrent malheureusement avant que nous ayons terminé le traitement opératoire.

Parmi les 5 chez lesquels il subsista une voix ventriculaire, 4 étaient arrivés avec un larynx déjà forcé; chez le 5^e, nous n'avions, malgré nos recommandations, jamais pu obtenir de lui qu'il observât rigoureusement la cure de silence.

En résumé, parmi les 100 cas de laryngite tuberculeuse, nous avons obtenu les résultats suivants :

Guéris avec voix normale.....	77
Guéris avec voix ventriculaire.....	8
Partis.....	11
Morts.....	4
Total.....	100

Nous voyons ainsi que, si nous excluons les 4 chez lesquels la mort survint par suite de tuberculose pulmonaire et intestinale grave, ainsi que les 11 partis avant que nous ayons pu terminer le traitement, tous nos malades guérirent à Leysin leur affection laryngée.

A vrai dire, 8 ne retrouvèrent pas une voix claire, mais, comme nous l'avons dit plus haut, la cause doit être cherchée non dans la persistance des lésions tuberculeuses, mais uniquement dans le fait que les malades avaient forcé leur larynx.

Chez les 77 autres, la guérison fut totale avec restitution *ad integrum* de la voix.

Ces résultats prouvent combien est fausse la croyance si généralement répandue chez le public, et malheureusement aussi chez nombre de médecins, voire même de laryngologues, que les tuberculoses laryngées sont inguérissables. C'est une faute également de croire que les laryngites tuberculeuses ne guérissent pas à la haute montagne du fait de la sécheresse de l'air. Bien au contraire, l'altitude étant un des agents les plus actifs pour relever l'état général, ainsi que pour lutter contre l'infection tuberculeuse, elle agira d'une façon très favorable sur toute tuberculose laryngée.

Les 32 guérisons spontanées de tuberculose laryngée que nous avons pu observer en sont une preuve irréfutable.

UN CAS DE THROMBO-PHLÉBITE DU SINUS TRANSVERSE ET DE LA VEINE JUGULAIRE AVEC MASTOÏDE SILENCIEUSE

Par **MARBAIX** (de Tournai).

Les cas de thrombo-phlébites du sinus latéral et de la veine jugulaire sont assez rares pour que Moure¹ n'en ait rencontré que 15 cas dans 715 interventions sur la mastoïde.

Cependant, la littérature des thrombo-phlébites est considérable. Cela tient aux difficultés de certains diagnostics, à la variété des types cliniques, à la satisfaction que nous éprouvons tous de communiquer le résultat d'interventions créées de toutes pièces par les otologues.

Quand on ouvre un traité classique datant d'une trentaine d'années, tel celui de Strümpel², on lit au chapitre « Thrombose des sinus cérébraux » cette simple phrase résumant la thérapeutique à cette époque : « La thérapeutique est complètement désarmée en face de la maladie elle-même et s'adresse uniquement aux symptômes. »

S'il nous est permis aujourd'hui de renverser les notions sur le pronostic « funeste dans presque tous les cas » et d'attaquer victorieusement les sinus craniens malades, nous le devons à la hardiesse des Horsley (1888), Lane (1889), Ballance (1890) qui exécutèrent cette chirurgie des sinus que Zaufal (1880) avait eu le génie de proposer.

La raison de ma communication est surtout d'apporter à l'édifice de la monographie des thrombo-phlébites une faible contribution, celle de relater un cas de diagnostic difficile et les réflexions qu'il m'a suggérées.

Jules P..., 12 ans, entendait mal de l'oreille droite depuis 6 mois.

Depuis 8 jours, il se plaint de douleurs sous la mastoïde.

Le malade se présente la tête inclinée sur l'épaule droite et la face tournée à gauche, attitude caractéristique du torticolis.

La mastoïde est saine : pas de signes inflammatoires ; la pression de la base, des bords antérieur et postérieur n'est nullement douloureuse. Seule, la pression de la pointe est pénible.

Sous la mastoïde et la naissance du muscle sterno-cléido-mastoïdien se sent une *tuméfaction diffuse, douloureuse, débordant en avant le bord du muscle*, du volume d'un petit œuf de poule.

Le conduit a son calibre normal et le tympan est terne, sans injection. Réduction légère de l'ouïe (Voix chuchotée à 5 mètres).

Pas de nystagmus spontané.

L'examen général du malade montre l'intégrité des organes.

Les réflexes cutanés existent (rotulien faible, crémasterien, abdominal). Pas de Babinsky. *Signe de Kernig*. La marche est normale.

Il existe de la douleur autour de l'articulation scapulo-humérale de l'épaule gauche sans signes inflammatoires, avec difficulté d'élever le bras gauche au-dessus de l'horizontale.

Pupilles assez dilatées, *stase papillaire double* avec quelques suffusions sanguines dans le segment postérieur.

Vision normale : à droite, 1,5 ; à gauche, 1.

Diplopie de quelques degrés, égale aux quatre points cardinaux.

Intelligence intacte, aucune plainte, euphorie. T° 38°4 à son entrée le matin, 39°4 le soir, n'eut jamais de frisson ni avant ni pendant son séjour à la clinique.

Le pouls atteint 150 (au lit), régulier.

Une ponction lombaire recueille un liquide transparent, *sous faible pression*. L'examen du culot donne quelques lymphocytes, pas de polynucléaires ni microbes (culture sur gélose et ascite montre l'absence de méningocoques, Dr Bruynoghe).

Ce malade est mis au lit avec un enveloppement humide, imperméable, ce qui fait tomber graduellement la t° en 3 jours, en même temps que la pointe de la mastoïde se dégage et que la tumeur sous le muscle sterno devient moins diffuse, moins douloureuse, ressemblant étonnamment sous la main à un ganglion enflammé.

On aurait pu s'arrêter à ce diagnostic ; l'examen du fond de l'œil révélant la stase papillaire, l'impotence de l'épaule gauche, la discordance du pouls restant autour de 140 malgré la descente de la t°, indiquaient un processus plus grave.

Aussi après cette amélioration passagère, vit-on la t° prendre le 4^e jour un caractère nettement *intermittent* ; de 36°2 le matin, le thermomètre monta le soir à 39°4 avec cauchemar la nuit.

Une ponction lombaire nouvelle révéla un *liquide sous pression*, transparent.

Le 5^e jour la t° baissa de nouveau, avec transpiration abondante. Mais l'apparition du caractère nettement intermittent de la fièvre quoique sans frisson pyémique s'ajoutant aux autres symptômes me fit affirmer l'existence d'une thrombo-phlébite de la jugulaire et me décida à dénuder le sinus latéral et la jugulaire interne.

Opération. Mastoïde saine, antre sain ; mise à nu du sinus latéral que je trouve thrombosé sur toute sa hauteur, dur au toucher, présentant en son milieu une paroi externe déchiquetée d'où sort un caillot nécrosé, gris-jaunâtre. Le sinus bat avec le pouls, propulsé par la tension élevée du liquide céphalo-rachidien sous pression.

Je résèque complètement la pointe de la mastoïde, découvrant le sinus vers le haut jusqu'au delà du coude, en bas jusque près du bulbe de la jugulaire ; il est dur, thrombosé, volumineux.

Avant d'enlever le thrombus, ligature de la veine jugulaire en bas du cou après incision le long du bord antérieur du muscle depuis l'os hyoïde jusque près de la clavicule. La veine est vide, sous forme de cordon blanc, reconnue surtout, grâce à une collatérale venant

du corps thyroïde. Ligature double et dissection du bout supérieur de la veine jusqu'à la région supérieure du cou où elle adhère intimement aux tissus infiltrés, également blanchâtres, d'aspect lardacé.

Je retourne au sinus latéral, l'incise verticalement, excise la paroi antérieure déchiquetée et curette le thrombus sur une hauteur de 4 centim. sans chercher à enlever tout le thrombus vers le coude et le bulbe où son aspect le montre moins infecté. J'estime qu'ayant sous les yeux le sinus latéral largement dénudé, il est complètement inutile d'enlever tout le thrombus et de provoquer une hémorragie vers le bout supérieur comme il me paraît inutile d'ouvrir le bulbe de la jugulaire dans une première intervention.

La plaie du cou est fermée complètement. Pansement à plat de la plaie mastoïdienne.

Le lendemain, la t^o était sous 37^o et sauf une légère ascension à 37^o4 trois jours plus tard, elle resta sous 37^o pendant 3 semaines où la cicatrisation était terminée.

Le pouls persista autour de 100 pendant toute la cicatrisation.

Après six semaines, la stase papillaire persiste toujours bien qu'une ponction ombaire n'indique plus d'hypertension; le liquide transparent coule goutte à goutte (6 gouttes en 15 secondes).

L'état général est excellent.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, ce fut la difficulté du diagnostic. Oreille et mastoïde silencieuses, pas de frisson, fièvre intermittente seulement le quatrième jour.

On sait que la stase papillaire indique l'existence d'une complication cérébrale, sans plus de précision.

Sa présence inconstante dans les trombophlébites (30 % d'après Glover Langerworth³) acquérait une grande valeur grâce aux autres symptômes, tumeur de la région jugulaire, fièvre intermittente, métastase à l'épaule gauche.

Fallait-il lier la jugulaire interne? Il semble que les non ligaturistes deviennent de nos jours plus nombreux. On reproche à la ligature d'être impuissante à empêcher la propagation des germes dans la circulation générale (pyémie et métastases) par suite des nombreuses voies collatérales de retour (Moure). Certains trouvent la ligature même nuisible, favorisant plutôt dans certains cas l'extension de la thrombose (Jansen), amenant une haute tension intraveineuse dans le crâne. C'est ainsi que Luc⁴ lui attribue un cas de mort probablement par hémorragie du ventricule; Neumann a vu une hémiplégie rapide du côté opposé; Botey⁵ signale de l'œdème cérébral, ramollissement, méningite,

Il est difficile d'attribuer à la ligature seule tous ces méfaits, la thrombose elle-même sans ligature de la jugulaire pouvant amener les complications intracrâniennes signalées.

Je pense pour ma part que cette ligature, si elle ne s'oppose

pas complètement à la pénétration des microbes dans la circulation générale, empêche toutefois les embolies aériennes pendant le nettoyage du sinus latéral et supprime une large voie de communication directe avec le cœur droit et les poumons.

On est d'accord cependant, même dans le camp des antiligaturistes (Moure, Botey) pour faire la ligature dans les thrombo-phlébites de la veine jugulaire; à condition de lier très bas, loin des parois enflammées de la veine car la périphlébite a une tendance extrême à la diffusion (*vasa-vasorum*). Il y avait donc indication chez mon malade à lier la jugulaire puisque la persistance de la fièvre indiquait que le processus infectieux n'était pas jugulé (Labarre ⁶).

Je suis toutefois convaincu que chez mon malade, la veine étant affaissée, vide de sang, la ligature et résection de la jugulaire fut un luxe car je ne pense pas que la veine trombosée fût redevenue perméable.

La thrombose occupait aussi le bulbe de la jugulaire et l'on pourrait me demander pourquoi je n'ai pas ouvert le bulbe.

Je pense avec Laurens ⁷ qu'il ne faut pas aller au golfe dans une première intervention quand on a trouvé au sinus latéral une partie nécrosée dont le nettoyage peut suffire à la guérison.

Politzer ⁸ est d'avis de réserver l'opération de Grunert aux cas les plus graves par suite de la position variable du bulbe, son étendue anormale vers le haut jusqu'aux canaux semi-circulaires et à l'oreille interne. J'ai publié dans les *Archives internationales* ⁹ l'examen de quelques pièces anatomiques qui démontrent à l'évidence ces rapports dangereux du bulbe.

Je me suis bien gardé d'enlever tout le thrombus jusqu'à faire saigner le bout supérieur, car je n'en comprends pas la nécessité.

La dénudation large du sinus, son inspection journalière suffisent à nous mettre en garde contre des surprises. Enlever un caillot pour le voir remplacé par un autre que l'on n'a pas la prétention de conserver aseptique dans un milieu qui reste malgré tout infecté me paraît peu logique. Lorsque le thrombus nécrosé est enlevé largement, il est préférable de laisser en place des tampons naturels qui s'organiseront et fermeront définitivement le sinus plutôt que de s'exposer à une hémorragie effrayante qui se répète parfois au premier pansement et nécessitera en tous cas la mise en place d'un tamponnement prolongé, nouvelle source d'infection.

Beaucoup de spécialistes semblent ignorer que la Nature nous aide et qu'il existe d'autres régions où des thrombus guérissent par leurs seules ressources (*phlegmasia alba dolens*). Il ne faut pas

compliquer les opérations déjà assez longues et se contenter de faire le nécessaire et de rester armé pour la lutte.

La pathogénie de la stase papillaire nous est lumineusement établie par les recherches de Dupuys-Dutemps¹⁰. Il existe de l'hydrocéphalée interne (Morax)¹¹ avec envahissement des gaines du nerf optique par le liquide céphalo-rachidien sous pression. Ce liquide comprime la veine centrale de la rétine pendant sa traversée oblique de la gaine, d'où résulte la stase papillaire. Cette stase persiste encore après 1 mois 1/2, ce qui serait inquiétant si des cas semblables n'avaient été signalés tel le cas de Fallas¹² où une stase papillaire droite persista pendant 3 mois. Jansen¹³ en 1894 signalait déjà que la régression exige plusieurs mois et ne conduit pas à l'atrophie. J'ai publié¹⁴ un cas de thrombophlébite spontanément guéri où j'observai cette stase papillaire double avec intégrité de la vision pendant 3 mois.

Cette persistance de la stase invite toutefois à répéter les ponctions lombaires pour diminuer l'excès de tension crânienne. Je fus surpris cependant de ne plus trouver de liquide sous pression lors d'une ponction lombaire faite 6 semaines après l'intervention. Il est probable que tout rentre spontanément dans l'ordre lorsqu'une circulation collatérale devient suffisante pour remplacer la voie veineuse détruite. N'est-ce pas le cas encore dans la phlegmasia alba dolens où une jambe énorme revient en quelques mois à son volume primitif sans aucune intervention.

Mais l'importance de la vision permet et commande même d'aider cette décompression, surtout lorsque les ponctions sont aussi bien supportées que chez mon petit malade où elles ne provoquèrent jamais le moindre malaise. La fréquence des ponctions dépendra du plus ou moins de pression du liquide céphalo-rachidien soustrait.

Il est regrettable que je n'aie pu obtenir l'analyse bactériologique du thrombus, ce qui eût éclairé sans doute sur la bénignité relative de mon cas. En effet, les variétés de thrombo-phlébites doivent tenir pour une grande part à la virulence des agents microbiens en cause. De celle-ci dépendent ces formes qui tuent par pyémie ou septicémie avant que le thrombus consécutif à la phébite ait eu le temps de se produire; d'elle aussi dépendent les thrombus aseptiques, apyrétiques, toxiques plutôt que microbiens, dont la guérison spontanée est assez souvent signalée (Buys¹⁵, Hennebert¹⁶).

Sur 13 cas de pyémie otitique signalés par Krasnobieff¹⁷, dans 3 cas l'examen décèle des streptocoques; l'issue en fut mortelle malgré l'intervention et l'emploi du sérum antistrepto polyvalent.

Mon malade a présenté une thrombo-phlébite survenant après une otite *aiguë* fugace dont les germes ont dû pénétrer directement dans le sinus par la voie vasculaire, sans la propagation habituelle à l'antre et à la mastoïde.

Delsaux¹⁸ et Molinié¹⁹ ont appuyé récemment sur ce fait : « l'expérience des dernières années a montré, contrairement aux idées antérieures de propagation par continuité, que la thrombophlébite s'observe malgré l'intégrité des parois de la gouttière osseuse du sinus et qu'elle complique plus souvent les cas aigus d'otite que les cas chroniques. » Mon observation apporte une nouvelle preuve à cette opinion.

L'infection se transmet alors par les veines communiquant entre la caisse et les vaisseaux nourriciers de la jugulaire, amenant la phlébite et secondairement la thrombose du vaisseau.

BIBLIOGRAPHIE

1. MOURE. A propos de quelques cas de phlébite suppurée du sinus latéral. Presse otologique belge, 1906.
2. STRÜMPER. Traité de médecine interne, 1892.
3. LANGWORTHY. Fréquence de la névrite optique dans la thrombose des sinus craniens et de la veine jugulaire. The laryngoscope, janvier 1907.
4. LUC. Contribution à l'ouverture du golfe de la jugulaire, etc. Ann. des mal. de l'or., mars 1907.
5. BOTEY. Faut-il ou ne faut-il pas lier la jugulaire dans la phlébite du sinus latéral. Arch. intern. de laryngol., 1909, n° 4, p. 62.
6. LABARRE. Contribution à l'étude des complications endocraniennes de l'otite. Presse otologique belge, 1903, p. 384.
7. LAURENS. Traité de chirurgie de l'oreille, p. 281.
8. POLITZER. Lehrbuch der Ohrenh., p. 522.
9. MARBAIX. Peut-on blesser le golfe de la jugulaire. Arch. internat., 1911, t. XXXII, p. 437.
10. DUPUYS-DUTEMPS. La veine centrale de la rétine dans la stase papillaire. Société française d'ophtalmologie. Congrès du 6-9 mai 1907.
11. MORAX. Névrite œdémateuse dans les complications endocraniennes des affections auriculaires. Ann. d'oculistique, 1907, p. 379.
12. FALLAS. Mastoïdite réchauffée : thrombose sinusienne. Société belge, d'otologie, 1908.
13. JANSSEN. Thrombose des sinus après suppuration de l'oreille moyenne. Arch. f. Ohrenh., 1894, vol. 36, p. 9.
14. MARBAIX. Mastoïdite latente avec large dénudation du sinus et complications cérébrales. Presse oto-laryngol., 1908.
15. BUYS. Un cas de thrombose apyrétique du sinus latéral. Société belge d'otologie, 1909, p. 133.
16. HENNEBERT. Thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire. Société belge d'otologie, 1909.
17. KRASNOBIEFF. Compte rendu des Archives internationales, 1911, p. 308.
18. DELSAUX. Six cas de thrombo-phlébite des sinus craniens d'origine otitique. Presse otologique belge, 1907, p. 293.
19. MOLINIÉ. Thrombophlébités otitiques. Laryngoscope, 1908.

SUR UN CAS DE LABYRINTHITE CHRONIQUE AVEC MÉNINGITE SÉREUSE

Par le Prof. **ZIA NOURY** (de Constantinople).

La marche et les complications des suppurations du labyrinthe, présentant des différentes formes, il m'a paru intéressant de publier l'histoire d'un cas de labyrinthite chronique circonscrite compliquée d'une méningite séreuse.

Le nommé F..., âgé de 23 ans, étudiant en droit, fut alité dans notre clinique le 14 juin 1911.

Les antécédents de ses parents ne présentent rien d'important. Il prétend n'avoir attrapé aucune maladie éruptive. Avant 15 ans il a souffert d'un état fébrile, à la suite duquel son oreille droite commença à couler. Il se laissa soigner par intermittences et cet écoulement ne cessa jusqu'aujourd'hui. Quelques jours avant son entrée à notre clinique, il ressent des douleurs vagues à l'oreille avec irradiations vers la tête, la marche devient chancelante et un état d'hébétéude s'y joint. Le médecin traitant de la famille, voyant l'état du malade, lui conseille de nous l'adresser.

A l'examen, le jeune homme d'une musculature faible, d'une physiologie sans réaction, ne pouvait se tenir debout sans être appuyé. Le vertige provoque une inclinaison du corps vers le côté droit.

Le pavillon de l'oreille droite libre, le tégument de la mastoïde intact, conduit auditif large, contenant du pus crémeux d'une odeur fade. Après le nettoyage on n'observait que des masses polypoïdes diffuses. Ces masses étaient proéminentes vers l'hypotympanum. Sur la région mastoïdienne, le malade éprouve cependant de vagues douleurs à la pression ; elle n'est sensible qu'à son sommet.

Voix chuchotée : à D. nulle ; à G. 15 m. ; voix haute à D. 1 m. (vérifiée par Lucae-Dennert). Rinne à dr. nég. Perception crânienne normale. Signes de compression manquent. Nystagmus spontané vers le côté malade très prononcé. Vertige très prononcé par 2-3 rotations lentes, avec chute vers le côté droit. Réaction pupillaire normale, pas de paralysie des muscles de l'œil. Céphalalgie vers l'occiput. Des nausées et de rares vomissements.

Le 15 juin : Opération ; narcose chloroformique tranquille. Couche corticale de la mastoïde saine, épaisse, antre et cellules environnantes petites et pleines de granulations, tegmen antri en partie détruit, caisse comblée de masses polypoïdes et épithéliales, osselets manquent. Le canal semi-circulaire externe présente un petit point noirâtre, qui, par le toucher d'un petit stylet, ne provoque aucun réflexe à côté des yeux. Evidement complet plastique.

Le 16 : Temp. 37.7. Etat général bon. Nystagmus spontané a disparu immédiatement après l'opération ; seul il est remarquable dans la position écartée vers le côté sain ; nuits tumultueuses (morphine) ; intelligence intacte, il répond très lentement, diplopie.

Pouls lent (60), légère sensibilité de la nuque. La cavité propre,

la dure-mère mise à nue vers la voûte antrale tendue, proéminente vers la cavité opérationnée, pas de pulsation.

Le 17 et 18 : Temp. 39.2. Le malade a passé la nuit fort tumultueuse, douleur intense de la nuque; il n'a pu se reposer qu'en position de genou-coude. Céphalée intense; kernig positif; réflexe tendineux aboli; diplopie continue. Il ferme souvent son œil gauche et fixe son regard à un point lointain. Il ne pouvait se lever de son lit que par le soutien; légère nausée. Examen du fond de l'œil : papille normale; légère congestion veineuse.

Deuxième opération. — Ouverture du canal semi-circulaire externe sur le point noirâtre par quelques légers coups de gouge. Nettoyage de son intérieur et du vestibule des granulations. Une partie du canal de Fallope étant nécrosée fut aussi curetée. Tamponnement de la plaie. Ponction lombaire a donné l'issue à un liquide rachidien très limpide, mais sous forte pression; nous en avons retiré plus de 20 cc.

Le 19 : Temp. 37.2. Nuit assez tranquille. Légère céphalalgie, pas de nausée (lait, soupe), pouls 75, plaie propre. Dure-mère affaissée. Parésie faciale.

Au mois d'août épidermisation complète de la cavité par la fermeture de l'orifice rétro-auriculaire. Voix chuchotée 0,50.

Dans ce cas la participation du labyrinthe postérieur a eu lieu d'une façon lente et la destruction n'a envahi que le canal externe et son entourage. Le signe de compression (aspiration et compression) qui est d'habitude constant, n'existe pas chez notre malade. En vérité la destruction que nous avons constatée pendant la première intervention sur le canal semi-circulaire horizontal étant très petite et les masses polypoïdes dures ayant comblé l'intérieur du canal explique bien le manque de réaction par la compression réitérée, faite du conduit au moyen d'un ballon bien adapté à l'orifice de celui-ci. Il a été négligé malheureusement de faire la recherche de réaction calorique. Le nystagmus spontané vers le côté malade et les autres signes indiquaient bien l'irritation du labyrinthe et surtout la destruction si limitée du canal semi-circulaire externe nous a obligé de nous contenter au premier abord de l'évidement de la caisse. La disparition immédiate du nystagmus spontané et l'amélioration sensible des autres manifestations labyrinthiques nous ont fait supposer l'absence d'une propagation vers le cervelet, et nous avons tenté simplement l'ouverture pendant la deuxième intervention du canal semi-circulaire affecté et en partie du vestibule.

Cette observation montre une fois de plus que dans des cas de labyrinthites chroniques circonscrites avec des signes méningitiques, le labyrinthe antérieur peut rester indemne et la trépanation limitée aidée d'une ponction lombaire assure la guérison. Chez notre malade le résultat fut très satisfaisant et la fonction cochléaire était à tel point qu'il entendait les mots par la voix chuchotée de 0,50.

II. — SÉMÉIOLOGIE

I

A PROPOS DU SÉRO-DIAGNOSTIC DE L'OZÈNE¹

C. CALDERA

Par
et
(de Turin)².

M. GAGGIA,
médecin major.

La rhinite atrophique fétide, autrement dite ozène, est une affection relativement fréquente, caractérisée par la triade symptomatique suivante : fétidité, croûtes endo-nasales, atrophie de la muqueuse et du squelette des cornets. Cette maladie atteint son maximum de développement à l'époque de la puberté, elle a tendance à s'atténuer spontanément avec l'âge mûr.

Jusqu'ici, on a beaucoup écrit sur l'étiologie de cette maladie, mais sans aboutir à des certitudes ; quelques auteurs admettent qu'il s'agit d'une affection généralisée, analogue à la scrofule (scrofulide de Cozzolino) et non limitée au nez ; d'autres, l'attribuent à des lésions primitives des os du nez, à une sorte d'ostéomalaxie localisée (Cholewa et Cordes) ; il en est d'autres qui, au contraire, croient aux relations de l'ozène avec des lésions primitives des sinus, ou soupçonnent une origine bactérienne spécifique, et à ce sujet, ils incriminent plusieurs sortes de germes. Enfin de nombreux rhinologistes rangent l'ozène parmi les lésions parasymphilitiques.

Dans le but d'affirmer cette dernière hypothèse, on a recherché si la réaction de Wassermann était positive en cas d'ozène, de même que dans nombre d'affections parasymphilitique (tabès, paralysie générale progressive, etc.). On sait que cette réaction est fondée sur la fixation du complément d'un système hémolytique (complément, globules rouges, etc.) par le fait d'un antigène spécifique et du sérum syphilitique, de façon que l'on n'observe plus la désagrégation des globules rouges qui se vérifie normalement.

W. SOBERNEIM³ rapporte les résultats négatifs de l'épreuve de Wassermann dans 17 cas d'ozène. Alexander⁴ arrive aux mêmes conclusions.

1. Communication au XIV^e Congrès de la Société italienne de Laryngologie, otologie et rhinologie, Rome, 26-28 octobre 1911.

2. Travail de la Clinique oto-rhino-laryngologique et de l'Institut d'Hygiène de l'Université Royale de Turin, dirigés par les Professeurs G. GRADENIGO et L. PAGLIANI.

3. *Archiv f. Lar. u. Rhin.*, 1909, Bd XXII, H. 1, page 1.

4. *Zeits. f. Laryngol.*, Bd I, H. 6, 1909.

Il faut donc abandonner l'idée de la nature parasymphilitique de l'ozène.

Désormais, il est universellement admis que de nombreuses maladies infectieuses, reconnues spécifiquement, engendrent de la part de l'organisme malade, la production et l'introduction dans le sang d'anti-corps dont on peut reconnaître l'existence par l'épreuve de la déviation du complément ; il n'est donc pas exagéré, de supposer, qu'en cas d'ozène, on pourrait obtenir la réaction positive de Bordet et Gengout, si cette maladie était engendrée, par une cause spécifique. Dans ce but, nous avons entrepris une série d'épreuves sur des sujets affectés d'ozène à forme classique, en laissant de côté ceux qui avaient été déjà soignés et auraient faussé nos données. Notre épreuve diffère de la réaction de Wassermann en ce que nous utilisons comme antigène, non l'extrait de foie syphilitique ou de cœur de cobaye que l'on emploie d'ordinaire, mais un extrait de croûtes ozéneuses, qui, tout au moins théoriquement, devrait avoir la propriété de fixer le complément, seulement en face du sérum d'ozéneux contenant des anti-corps spécifiques par le fait de cette infection.

Nous résumons rapidement la technique employée :

1° *Préparation de l'antigène.* — Extraction de croûtes ozéneuses et dans l'espace de 48 heures, préparation de deux extraits, aqueux et alcoolique. Pour obtenir le premier, on pile dans un mortier les croûtes additionnées d'eau distillée, puis le liquide est porté à 60° centigrades durant une demi-heure ; enfin on filtre le liquide à travers un papier en y ajoutant du phénol dans la proportion de 0,50 %. Le second procédé consiste à plonger les croûtes dans de l'alcool rectifié, on les laisse au bain-marie à 60° centigrades pendant 24 heures, puis on procède au filtrage. Ces deux extraits sont conservés dans la glace.

2° *Sérum d'ozéneux.* — Prélèvement du sang de la veine du coude au moyen d'une aspiration par la seringue, ou par la pression digitale.

Le sérum étant obtenu, on le recueille dans des pipettes et on le porte à 55° centigrades pendant une demi-heure.

3° *Complément.* — On l'obtient frais pour chaque épreuve en le tirant de la carotide d'un cobaye.

4° *Globules sanguins.* — On emploie la solution physiologique additionnée de globules rouges de mouton lavés à plusieurs reprises, à la proportion de 5 %.

5° *Flacon hémolytique.* — Nous avons utilisé à la dilution nécessaire le produit de Belfanti que l'on trouve dans le commerce.

D'abord nous avons essayé de titrer l'antigène afin de voir si,

à haute dose, il était capable de fixer seul le complément ; nous sommes arrivés à compter de 16 à 18 gouttes sans trouver trace de la fixation du complément.

Nous commençâmes alors à expérimenter sur plusieurs malades suivant le plan que nous résumons ci-dessous :

NUMÉROS D'ORDRE	SOLUTION PHYSIOLOGIQUE	ANTIGÈNE	SÉRUM D'OZÉNEUX	COMPLÉMENT
1 ^{er} tube	10 gouttes	4 à 10 gouttes	2 gouttes	1 goutte
2 ^e tube	10 —	6 à 12 —	2 —	1 —
3 ^e tube	10 —	8 à 14 —	2 —	1 —
4 ^e tube contrôle	10 —	8 à 14 —		1 —

	GLOBULES	AMBOCETTORE HÉMOLYTIQUE	RÉSULTATS
1 ^{er} tube	1/2 c. c.	1/2 c. c.	Hémolyse
2 ^e tube	1/2 c. c.	1/2 c. c.	Hémolyse
3 ^e tube	1/2 c. c.	1/2 c. c.	Hémolyse
4 ^e tube	1/2 c. c.	1/2 c. c.	Hémolyse

Dans une première série de cas (4) nous avons utilisé des doses d'antigène oscillant de 4 à 8 gouttes ; pour une seconde série, nous avons augmenté la dose (de 10 à 14 gouttes dans 6 cas). Chaque fois nous avons fait l'épreuve avec l'antigène alcoolisé et aqueux, sans qu'on ait remarqué une différence d'action appréciable.

Jamais nous n'avons observé la fixation de complément chez aucun des dix malades. Aussi vu les résultats constants nous pensons devoir conclure que l'ozène est incapable de provoquer une réaction organique générale et par suite, l'immixtion circulaire d'anticorps aptes à fixer le complément.

Bien qu'elle offre un intérêt pratique, cette observation ne nous autorise nullement à tirer des conclusions en faveur d'une des théories étiologiques ; en effet nous connaissons des maladies infectieuses qui n'entraînent pas la fixation du complément, toutefois cette nouvelle épreuve permet de croire que très probablement l'ozène ne reconnaît aucun agent spécifique, quoique la fétidité qui constitue un de ses symptômes les plus désagréables soit provoquée par les germes existant dans les croûtes. Les conditions organiques générales, l'état local des tissus, l'action concomitante des germes sont susceptibles d'engendrer l'état pathologique spécial, qui, sous le nom d'ozène, a acquis une grande importance en clinique rhinologique.

II

UN NOUVEAU SIGNE DIAGNOSTIQUE PRÉCOCE DU CARCINOME DU TIERS SUPÉRIEUR DE L'ŒSOPHAGE

Par le prof. **GUARNACCIA** (de Catane).

Malgré les moyens d'examen direct de l'œsophage, perfectionnés par Killian, Guisez et Brünings, il n'est pas toujours aisé, dans nombre de cas, de diagnostiquer au début le cancer œsophagien, et on a du mal à le différencier d'autres maladies de l'œsophage qui se manifestent par des phénomènes presque analogues et rendent un diagnostic précis très difficile à établir.

Ma longue expérience, et des observations continues, m'ont amené à découvrir un symptôme caractéristique du carcinome œsophagien qui se déclare très précocement, c'est la *rétro-fixation progressive de la langue* ; même par la force, le malade ne peut faire sortir sa langue plus de quelques centimètres au delà de la fente ovale sans éprouver une sensation douloureuse et sans que l'observateur perçoive une résistance obstinée de la part de la langue que l'on veut tirer.

Ce symptôme est, je le répète, caractéristique du cancer œsophagien, je l'ai rencontré exclusivement et constamment au début de cette seule maladie, tandis qu'il fait défaut en cas d'œsophagisme, d'ulcère, de tuberculose et de syphilis de l'œsophage, même à une période très avancée.

Quelles sont les causes de cette rétrofixation de la langue ? Je ne puis, quant à présent, les établir exactement, n'ayant pu pratiquer d'autopsie ; toutefois, en me basant sur les altérations anatomo-pathologiques que le cancer provoque dans les tissus, je propose les hypothèses suivantes que j'espère pouvoir contrôler :

a) Le processus inflammatoire secondaire à l'infection cancéreuse engendre une péricœsophagite sclérosante à la suite de laquelle le tissu cellulaire lâche qui réunit en avant l'œsophage à la trachée, à l'aponévrose prévertébrale en arrière, et qui normalement permet la chute de cet organe, se durcit, devient résistant et le fixe aux organes voisins. Il fait retentir indirectement son action rétractive sur l'os hyoïde qui est repoussé en arrière et en bas ; les douleurs s'irradient au cou et au dos confirment l'existence de ce processus.

b) L'immobilité de la muqueuse œsophagienne, qui se relève aussi par l'œsophagoscopie directe, a été signalée en premier lieu par Stoerk ; elle constitue aussi un coefficient sérieux, puisqu'elle empêche la muqueuse linguale, avec laquelle elle entretient des rapports de continuité, de s'étendre et de se mouvoir librement. Cette immobilité provient, non seulement du processus cancéreux, mais encore de l'infiltration des voies lymphatiques de la muqueuse qui aboutissent aux ganglions rétro-lingaux, voies lymphatiques qui se transforment en cordons durs et résistants.

c) Finalement, l'extension inférieure de l'os hyoïdien provoquée par l'inflammation retentit aussi sur les muscles qui s'implantent au-dessus, tels que les muscles *hyo-glosso* et *chondro-glosso* qui prennent fin dans la langue et le *stylo-hyoïdien* qui se dirige vers le haut.

III. — HISTOLOGIE

I

SUR LA STRUCTURE DES PILIERS INTERNES DE L'ORGANE DE CORTI

Par **E. VASTICAR** (de Paris).

J'ai exposé antérieurement¹ que les piliers à palette de l'organe de Corti représentaient un type de piliers internes bien distincts des piliers à mortaise.

La palette que je décris n'est, selon moi, qu'une formation céphalique faisant partie intégrante d'un pilier interne spécial pourvu d'un corps et d'un pied de forme particulière, ainsi que d'une cellule formative. Elle prend, du reste, une coloration propre. Après l'action de l'hémalun, elle se colore avec la safranine en rouge violacé sombre, tandis que certains éléments de la tête du pilier externe, sensible à la safranine, revêtent une teinte rouge vif.

La palette n'offre, en outre, aucune ligne de démarcation bien tranchée avec son cadre. Elle lui est unie par l'intermédiaire d'une substance amorphe, plutôt claire, qui sert de tissu de transition avec la partie filamenteuse du pilier.

La portion du pilier qui, inférieurement, fait suite à la palette est aplatie latéralement, c'est-à-dire dans le sens spiral, sens inverse à celui des piliers à mortaise déprimés radialement. Elle se trouve encastrée, peu après son origine, entre deux piliers à mortaise. Dans sa partie supérieure, elle déborde par son bord externe les masses cytoplasmiques de ces derniers piliers, mais sa largeur diminuant rapidement elle ne tarde pas à être totalement englobée dans ces masses, en constituant le corps du pilier proprement dit. Celui-ci résulte du fusionnement des substances amorphe et filamenteuse en une tige cylindrique grêle qui continue à occuper l'espace compris entre deux cellules piliers à mortaise. Cette tige est assez régulièrement calibrée et semble douée d'une grande rigidité. Son tissu est très compact, sa surface lisse et exempte de granulations visibles. Il est opaque. Un de ses caractères particuliers est de rester à peu près réfractaire à l'action des colorants, offrant ainsi une grande analogie avec le filament piliforme que j'ai montré reliant l'extrémité supérieure de la palette à la phalange de la première rangée. On ne le dis-

1. Comptes rendus, de l'Académie des Sciences, t. 153, p. 1023, séance du 20 novembre 1911.

tingue souvent que par sa surface de section colorée fortement par l'hématoxyline. Le centre seul de la section fixe la safranine. Il est donc formé d'un tissu central et d'un tissu périphérique de nature différente. Dans des coupes tangentielles à la surface épithéliale divisant les piliers perpendiculairement à leur axe, on trouvera sa tranche sur la ligne générale de section, dans l'espace clair qui sépare deux piliers à mortaise. Le corps cylindrique du pilier à palette accompagne les piliers à mortaise dans toutes leurs flexuosités, mais ne leur est pas absolument paral-

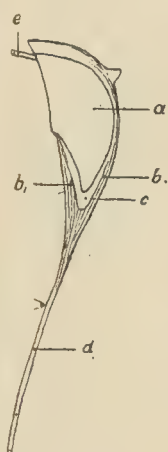


FIG. 1.

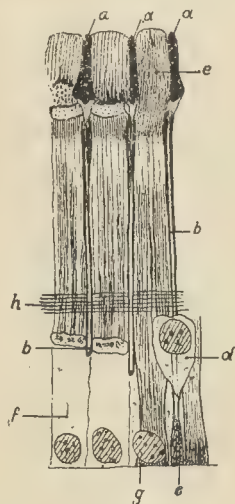


FIG. 2

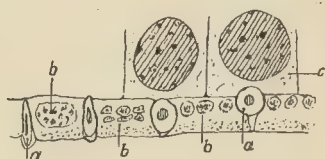


FIG. 3.

lèle. Placé, à la partie supérieure, un peu en dehors, il les croise à angle très aigu vers leur partie moyenne au niveau d'une bande filamenteuse spirale que je distingue de filets avoisinants et dans laquelle je persiste à voir une sangle de contention extérieure de tous les piliers internes. Il vient ensuite faire saillie en dedans, c'est-à-dire vers l'axe du limaçon, pour se terminer au sommet d'un corps grossièrement granuleux, étiré en forme de bâtonnet, qui se fixe sur la lèvre tympanique, un peu en dedans de l'insertion des piliers à mortaise et au niveau d'un espace libre intercalaire. Ces bâtonnets sont colorés par la safranine. Sur des coupes axiales, il apparaît comme une ligne claire située sur le côté axial des piliers internes. Il importe de le distinguer d'autres espaces clairs, représentant soit des bandes de cytoplasme, soit des solutions de continuité de la celloïdine d'inclusion.

Le pilier interne à palette est également une cellule pilier, dont la masse cytoplasmique principale occupe le bord axial des piliers. La cellule est à cheval sur chaque pilier à palette et renferme un noyau. Celui-ci est à proximité du pilier à la hauteur de la sangle spirale. Des prolongements cytoplasmiques souvent très réduits accompagnent, du côté du tunnel, le pilier jusqu'à la palette.

Explication des figures.

FIG. 1. — Vue de profil du pilier interne à palette : *a* palette ; *b*, *b*₁ branches interne et externe du cadre, *c* substance amorphe intermédiaire, *d* tige cylindrique du corps du pilier, *e* filament piliforme.

FIG. 2. — Vue de la face interne ou axiale des piliers internes ; *a* tête du pilier à palette, *b* tige cylindrique du corps du pilier à palette, *c* pied en forme de bâtonnet, *d* cellule et noyau du pilier interne à palette situés sur son bord axial, c'est-à-dire à l'extérieur du tunnel, *e* tête de pilier interne à mortaise recouvrant la tête du pilier externe, *f* cellule et noyau du pilier interne à mortaise placés dans le tunnel, *g* pied du pilier interne à mortaise, *h* sangle filamenteuse spirale de la face externe des piliers internes.

Les corps cylindriques achromatiques des piliers à palette occupent les espaces clairs séparant les corps des piliers à mortaise. On voit à leur partie inférieure leur tranche de section.

Le corps de chaque pilier à mortaise est formé par la réunion de trois ou quatre faisceaux filamenteux disposés sur un même plan et noyés dans le cytoplasme.

FIG. 3. — Coupe tangentielle à la surface épithéliale sectionnant obliquement de haut en bas les piliers internes.

a) Surface de section du corps des piliers à palette.

De gauche à droite : Le corps des piliers à palette d'abord aplati dans le sens spiral prend progressivement une forme circulaire et se rapproche peu à peu de la face axiale des piliers à mortaise entre lesquels il est intercalé. Il finit par faire saillie en dedans (en haut de la figure). Le centre en est occupé au début par une masse linéaire sombre qui s'arrondit avec le pilier. Cette portion centrale semble être le prolongement de la substance amorphe et se colore spécialement.

b) Tranche de section des piliers à mortaise. Ces piliers sont aplatis en sens inverse des premiers, c'est-à-dire dans le sens radial.

De gauche à droite, on voit un amas de filaments occuper à peu près le centre du cytoplasme qui affecte une forme rectangulaire. Progressivement, ces filaments se groupent en faisceaux qui, finalement, au nombre de trois ou quatre, viennent prendre place immédiatement sous la pellicule axiale de la cellule. Ils sont disposés en série linéaire.

c) Cellule du pilier à palette. Elle est à cheval sur ce pilier. Chaque cellule s'accole à sa voisine. Le noyau touche presque le corps du pilier.

Le pilier à palette est entouré d'une couche cytoplasmique des plus restreintes, qui prend un peu plus de développement sur son bord externe où elle est enclavée entre les deux masses cytoplasmiques des piliers à mortaise.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE FINE DE LA MUQUEUSE DE L'ÉPIGLOTTE CHEZ L'HOMME

(Suite et fin.)

Par **Alexandrine JACOVLEFF** (de Varsovie).

Vient ensuite la question de l'existence des follicules clos à l'épiglotte de l'homme, question passablement controversée. Coyne n'a pas trouvé chez l'homme de follicules clos à l'épiglotte; par contre, ils existent entre la base de l'épiglotte et la corde vocale supérieure.

D'après Luschka, la muqueuse laryngée normale de l'homme ne renferme pas de substance adénoïde, mais, par exception, on y trouve des follicules clos à la face postérieure de l'épiglotte et à la limite des replis ary-épiglottiques.

L'auteur a vu des follicules clos à la base de l'épiglotte chez le porc et le mouton, mais il ne paraît pas les avoir observés chez l'homme.

Heymann a trouvé des follicules solitaires dans les larynx humains, qui n'ont point présenté d'altérations pathologiques, à la face postérieure de l'épiglotte, dans l'angle entre l'épiglotte et le repli ary-épiglottique et dans le sinus de Morgagni.

Pour ce qui nous concerne, nous n'avons pas observé dans la portion de l'épiglotte que nous avons étudiée de vrais follicules tels qu'on les voit par exemple à l'amygdale ou à la base de la langue, c'est-à-dire des formations compactes, arrondies, autour desquelles la muqueuse se condense même pour leur former une espèce d'enveloppe. On y trouve cependant des infiltrations, non seulement diffuses, mais aussi mieux circonscrites par places, et cela non seulement à la face laryngée, mais aussi à la face linguale. A la face laryngée, on les trouve plus particulièrement vers la région de la base et annexées aux conduits glandulaires.

En ce qui concerne la distribution des *fibres élastiques* dans la muqueuse de l'épiglotte, nous pouvons nous rallier à l'opinion de v. Ebner, que les fibres élastiques ne forment pas, généralement, à l'épiglotte de couche continue et délimitant le chorion dans la profondeur, vu que le chorion est très infiltré de lobules glandulaires à la face laryngée de la muqueuse. Nous trouvons cependant avec d'autres auteurs que la partie profonde de la muqueuse épiglottique est riche en fibres élastiques. C'est surtout à la base de la face linguale et dans les cloisons conjonctives entourant les glandes sur la face laryngée de l'épiglotte, que la partie profonde de la muqueuse est riche en fibres élastiques. A part ce plan élastique profond, il y a encore à men-

tionner les fibres élastiques beaucoup moins nombreuses et plus fines du stratum superficiel du chorion.

Au sujet de la distribution des *glandes* épiglottiques, on doit à Kanthack une description détaillée.

D'après cet auteur, le quart supérieur de la face laryngée de l'épiglotte serait complètement dépourvu de glandes. A en juger d'après nos préparations, nous ne pouvons pas partager cette opinion. Le fait est qu'à la face laryngée de l'épiglotte, les lobules glandulaires peuvent s'étendre jusqu'à 1,5 millim. environ à partir du sommet. En fait de conduits excréteurs, on en trouve qui débouchent déjà à 2 mm. environ du sommet, bien que cela ne s'observe pas fréquemment. A une distance de 3 à 3,5 mm., les embouchures des glandes deviennent plus fréquentes. Pour ce qui concerne la face linguale, plus d'un quart de cette face à partir du sommet est complètement libre de glandes, d'après Kanthack. Comme il n'indique pas la distance en millimètres, on ne peut pas se rendre compte d'une manière suffisamment exacte de la valeur numérique de son quart supérieur.

Quant à nous, nous avons vu exceptionnellement dans une série de préparations portant sur la région médiane de l'épiglotte un tout petit groupe glandulaire s'avancer jusqu'à 3 mm. environ du sommet (à la face linguale); mais ordinairement les glandes n'arrivent pas si près du sommet et s'arrêtent déjà à une distance bien plus grande qui varie cependant de beaucoup selon les préparations. Dans nombre de préparations, les lobules glandulaires s'avancent jusqu'à 6 à 7 mm. du sommet; dans d'autres, les glandes ne se montrent que dans la région profonde de la face linguale à une distance de 9 à 10 mm. environ et même davantage, à partir du sommet. Il y a, sous ce rapport, des différences selon les régions.

Kanthack dit ensuite, qu'aux deux faces de l'épiglotte, les glandes se rassemblent vers la ligne médiane. Nous n'avons pas pu vérifier entièrement cette conclusion sur nos préparations. Il y a lieu, en tout cas, de tenir compte séparément des deux faces de l'épiglotte. Pour ce qui concerne la face laryngée, les glandes y sont particulièrement nombreuses dans la région médio-latérale et deviennent plutôt moins nombreuses dans la région médiane. En s'avancant vers le bord latéral, la couche glandulaire semble diminuer seulement à la région supérieure, alors que pour la région profonde, on ne voit pas au début de diminution à la portion libre de l'épiglotte. A la face linguale, la couche glandulaire est tout à fait insignifiante ou manque totalement sur nombre de coupes qui portent sur la région sagittale-

médiane de l'épiglotte. Dans la région médio-latérale, les glandes apparaissent plus nombreuses surtout à la partie profonde de cette face. Latéralement, on trouve encore un paquet glandulaire relativement considérable à la partie basale de cette face. La couche glandulaire contourne ensuite la lame cartilagineuse pour se continuer avec un amas glandulaire également considérable situé à la face postérieure de cette lame.

Il y a encore un point qui demande une explication particulière. C'est notamment le fait que d'après plusieurs anatomistes, anciens ou récents, les glandes sont particulièrement nombreuses en avant du cartilage épiglottique, par conséquent à la face linguale. Ce sont les *glandulae aggregatae anteriores laryngis* de Luschka, les glandes spécifiées aussi dans le Traité de Poirier et Charpy et occupant l'espace thyro-hyo-épiglottique. Il s'agit évidemment des glandes situées dans la profondeur et annexées, par conséquent, à la région basale de l'épiglotte.

Les recherches de Renaut sur l'épiglotte de mouton semblent confirmer ce résultat, dans ce sens que les glandes sont surtout nombreuses, chez le mouton, en avant du cartilage, où elles remplissent un « coin glandulaire » qui, sur une section longitudinale, constitue plus de la moitié de l'épaisseur de l'organe. Mais de plus, Renaut représente ces glandes comme s'avancant jusqu'à la région du sommet et leurs conduits excréteurs s'ouvrant à ladite région, alors qu'à la face laryngée on ne voit sur le dessin explicatif que quelques rares lobules disséminés (fig. 587 à la page 557 du *Traité d'histologie*).

Chez l'homme, les rapports se modifient. Tout en tenant compte des amas glandulaires considérables situés d'après les auteurs précités en avant de la région basale du cartilage épiglottique, il est néanmoins certain que, pour ce qui concerne la partie libre de l'épiglotte, les glandes forment une couche plus étendue et plus suivie à la face laryngée qu'à la face linguale. A cette dernière, comme nous l'avons vu, les glandes s'arrêtent, d'une manière générale, sensiblement plus bas par rapport au sommet (Comp. fig. 1), et bien que s'épaississant dans la profondeur, cette couche glandulaire n'est pas particulièrement épaisse.

Pour ce qui concerne les conduits excréteurs émanant de ces glandes, nous avons vu que les conduits des glandules situées le plus près du sommet s'ouvrent à la région de la muqueuse revêtue encore d'épithélium pavimenteux stratifié, et que ce n'est qu'à une certaine distance à partir de l'embouchure que cet épithélium fait place à l'épithélium cylindrique du conduit.

Conclusions.

Chez l'homme adulte, la partie supérieure de la face postérieure (ou laryngée) de l'épiglotte est revêtue d'épithélium pavimenteux stratifié dans une étendue qui peut varier selon les régions, en chiffres ronds, entre 9 et 15 millim. C'est dans la région médio-latérale que l'étendue du revêtement pavimenteux est la moindre. Elle augmente en particulier au voisinage des bords latéraux de l'épiglotte.

A cette région revêtue d'épithélium pavimenteux, on reconnaît d'abord une zone, plus grande, où le chorion est garni de papilles; cette zone fait suite immédiatement à la région du sommet. Vient ensuite une zone revêtue également d'épithélium pavimenteux stratifié, mais où les cellules des couches moyennes et profondes deviennent plus grêles et allongées. Les papilles du chorion deviennent rudimentaires et disparaissent.

Plus profondément encore, la face postérieure de l'épiglotte est recouverte essentiellement par un épithélium cylindrique et cilié.

A la limite entre la région revêtue d'épithélium pavimenteux et celle revêtue d'épithélium cylindrique cilié, on trouve d'ordinaire une zone intermédiaire où des îlots d'épithélium de transition ou cylindrique sont enclavés dans le revêtement pavimenteux.

A l'intérieur du revêtement cylindrique cilié, d'autre part, sont enclavés des îlots d'épithélium pavimenteux qui, en règle générale, diminuent en nombre et en étendue dans la profondeur.

La transition entre les deux variétés d'épithélium peut se produire graduellement ou brusquement; entre ces deux formes extrêmes, on trouve aussi des formes intermédiaires. Le passage lent s'observe dans la région de transition entre l'épithélium pavimenteux stratifié et l'épithélium cylindrique. Le passage brusque, où toutes les couches du revêtement épithélial se modifient, s'observent en particulier à la région profonde de la face laryngée, à la limite de l'épithélium cylindrique cilié et des îlots d'épithélium pavimenteux qui peuvent s'y trouver enclavés.

Dans l'épithélium cylindrique cilié on trouve des cryptes intra-épithéliales. Ces cryptes renferment des cellules cylindriques ciliées, auxquelles se mêlent encore en nombre variable des cellules mucipares.

Les cellules mucipares (caliciformes) qu'on trouve à l'épaisseur du revêtement cylindrique cilié, sont situées non seulement dans les couches superficielles du revêtement, mais peuvent se trouver aussi dans les couches moyennes.

Au revêtement pavimenteux de l'épiglotte, on ne constate pas de kératinisation telle qu'on l'observe à l'épiderme.

Les papilles ne se trouvent que dans les régions revêtues d'épithélium pavimenteux, par conséquent sur la lace linguale (antérieure), au sommet et sur une partie seulement de la face laryngée (postérieure). Sur cette face, les papilles disparaissent encore avant l'apparition des premiers îlots d'épithélium de transition ou cylindrique. L'étendue de la région papillaire augmente au voisinage des bords latéraux de l'épiglotte.

Les fibres élastiques sont réparties en deux plans : superficiel et profond. Peu nombreuses dans le plan superficiel (adénoïde) du chorion, elles deviennent beaucoup plus nombreuses dans les couches profondes de la muqueuse.

Des infiltrations lymphatiques mieux circonscrites se rencontrent en particulier, mais pas exclusivement, vers la base de la face laryngée ; on les trouve aussi, bien que peut-être moins bien délimitées, à la face linguale.

A la base du revêtement cylindrique cilié, on trouve par places des îlots de chorion enclavés dans l'épithélium, mais qui ne correspondent pas à des papilles.

Les glandes existent aux deux faces de la portion libre de l'épiglotte. Elles sont plus nombreuses à sa face postérieure qu'à sa face antérieure. A la face postérieure, elles forment une couche par places presque ininterrompue, et peuvent s'étendre jusqu'à une petite distance du sommet. A sa face antérieure, elles sont assez nombreuses au-devant du cartilage vers la base de l'épiglotte et ne s'étendent pas jusqu'à si près du sommet. Au voisinage des bords latéraux, la face linguale de l'épiglotte est libre de glandes dans presque toute son étendue, à l'exception de la région de la base. Les îlots glandulaires s'éloignent aussi du sommet, à la face laryngée, dans la région qui touche aux bords latéraux de l'épiglotte.

Les conduits excréteurs des glandes épiglottiques s'ouvrent à la face laryngée, après avoir traversé le plan cartilagineux pour ce qui concerne les glandes situées au-devant du cartilage : leurs embouchures peuvent s'avancer jusqu'à 2 ou 3 mm. à partir du sommet de l'épiglotte.

La nature du revêtement épithélial à l'embouchure des conduits excréteurs dépend du revêtement qu'on trouve à la région respective de la muqueuse. Il peut être formé par de l'épithélium cylindrique cilié, pavimenteux ou même de transition. Plus loin, dans le conduit, le revêtement devient cylindrique ou prismatique bas.

Les bourgeons gustatifs qu'on trouve à l'épiglotte sont situés essentiellement à sa face laryngée, et notamment dans la région où les papilles disparaissent et l'épithélium pavimenteux com-

mence à se modifier en passant à la zone intermédiaire. Ordinairement, les bourgeons ne sont pas supportés par des papilles et forment même une dépression dans le chorion.

BIBLIOGRAPHIE

- BOCKENDAHL. Ueber die Regeneration des Trachealepithels. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 24, p. 361, 1885.
- COYNE. Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx. Thèse Paris, 1874.
- DAVIS. Die becherförmigen Organe des Kehlkopfs. *Arch. f. mikr. Anat.*, 1877. Bd. 14, p. 158.
- DRASCH. Die physiol. Regener. des Flimmerepithels der Trachea. *Sitzungsber. der Wien. Akad.* Bd. LXXX. Abth. III, 1879, p. 203.
- Zur Frage der Regeneration des Trachealepithels mit Rücksicht auf die Karyokinese und die Bedeutung der Becherzellen. *Sitzungsber. der Wien. Akad.* Bd. LXXXIII. Abth. II, 1881, p. 341.
- EBNER (V.) dans *Kölliker's Handbuch der Gewebelehre des Menschen*, 1899. Bd. III, p. 281 et suiv.
- FLEMMING. Ueber die Regeneration verschiedener Epithelien durch mitotische Zelltheilung. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 24, p. 371, 1885.
- FUCHS-WOLFRING (Frau). Ueber den feineren Bau der Drüsen des Kehlkopfes u. der Luftröhre. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 52, p. 735, 1898.
- GANGHOFFNER. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Kehlkopfes. *Prager Zeitschr. f. Heilk.*, 1880. H. 3 u. 4.
- HENLE. Handbuch der Eingeweidelehre. 2 Aufl. 1877.
- HEYMANN. Beitrag zur Kenntniss des Epithels und der Drüsen des menschlichen Kehlkopfs im gesunden und im kranken Zustand. *Virch. Arch.* Bd. CXVIII, p. 320, 1889.
- KANTHACK. Studien über die Histologie der Larynxschleimhaut. *Virchow's Arch.* 1889. Bd. CXVIII, p. 531.
- Studien über die Histologie der Larynxschleimhaut. *Virch. Arch.*, 1890. Bd. CXIX.
- LUSCHKA. Die Schleimhaut des Cavum laryngis. *Archiv f. mikr. Anat.* Bd. 5, 1869, p. 126 und Der Kehlkopf des Menschen, Tübingen, 1871, p. 170.
- NICOLAS (A.) dans *Poirier-Charpy*, fasc. 2, p. 410, 1^{re} édit. *Traité d'anatomie humaine*, 1898, t. IV.
- PODWYSSOTSKY. Bases de la pathologie générale et expérimentale, 4^e édition 1905, p. 408. (En russe.)
- RABL. Notiz zur Morphologie der Geschmacksknospen auf der Epiglottis. *Anat. Anzeiger*, XI, 1896, p. 153.
- RENAUT. *Traité d'histologie pratique*, 1897, t. II, fasc. I, p. 536.
- RHEINER. Die Ausbreitung der Epithelien im Kehlkopf. *Verhandlungen der physik.-med. Gesellschaft in Würzburg*, Bd. 3, p. 222, 1852.
- SCHAFER. Die Epiglottis. *Anat. Hefte* Bd. 33, Wien, 1907.
- SCHACH-PARONIAN. Régénération d'épithélium cilié des voies respiratoires. *Dissertation. St-Petersbourg*, 1894. (En russe.)
- SIMANOWSKY. Ueber die Regeneration des Epithels der Stimmbänder. *Beiträge zur Anatomie des Kehlkopfes. Arch. f. mikr. Anat.*, Bd. 22, p. 690.
- TESTUT. *Traité d'anatomie humaine*, 5^e édit., t. III, liv. VIII, p. 757, 1905.
- VERSON. Beiträge zur Kenntniss des Kehlkopfs u. der Trachea. *Sitzungsberichte d. math.-naturw. Classe der k. k. Akademie d. Wissenschaft zu Wien*, 1868. Bd. 57. Abth. 1.
- dans STRICKER, *Handbuch der Lehre von den Geweben*, 1871, p. 457.

IV. — EMBRYOLOGIE

LES SINUS ACCESSOIRES DES FOSSES NASALES CHEZ L'HOMME A LEUR PÉRIODE DE DÉVELOPPEMENT ET A L'ÉPOQUE DE LA NAISSANCE*.

Par le prof. **T. DELLA VEDOVA** (de Milan).

[Traduction par H. MASSIER, de Nice.]

Dans cette communication, j'ai l'intention de rendre compte succinctement de mes recherches faites sur le développement des sinus accessoires des fosses nasales et des conclusions que j'ai formulées sur ce sujet, qui, on le sait, donnait lieu à des divergences profondes. Je me rapporterai naturellement aussi à mes recherches sur le développement des cavités nasales chez l'homme que j'ai rendues publiques en même temps qu'une publication faite en 1906 ¹ et deux communications en 1908 au Congrès de Milan et de Vienne ^{2, 3}

Dans la partie historique relative au développement des sinus il faut rappeler avant tout les travaux de Kölliker ⁴ et de Dursy ⁵ qui servent de point de départ à ces divergences. Kölliker, tout en admettant qu'au 3^e mois de la vie intra-utérine le labyrinthe nasal est déjà représenté dans ses parties essentielles, note cependant l'absence absolue à cette époque des sinus accessoires des fosses nasales. Dursy, au contraire, qui fit au sujet des sinus accessoires des cavités nasales des recherches plus profondes surtout dans leur partie constitutive, admet que toutes les cavités accessoires sont formées au début dans la travaison cartilagineuse du nez, en les retenant comme courbures et diverticules de la muqueuse nasale, entourés de cartilage et n'ayant aucun rapport avec les os voisins, véritables cartilages qui seraient ultérieurement envahis par un processus d'ossification.

A Kölliker et Dursy succédèrent ensuite Mihalkovitz ⁶ et Tissier ⁷ qui confirmèrent en substance l'opinion de Dursy en admettant que les sinus en général sont déjà dessinés dans la vie embryonnaire.

Passant alors de ces données générales au renseignement donné par les études spéciales des principaux auteurs au sujet des divers sinus et partant des sinus frontaux, nous trouvons une opposition profonde entre Kölliker et Dursy. Tandis que

* Communication au Congrès oto-rhino-laryngologique de Rome, octobre 1911.

Kölliker se rallie à l'opinion de Tillaux, 1862⁸, admettant que les sinus frontaux se forment après la naissance à une époque imprécise et n'acquièrent l'aspect connu qu'à l'époque de la puberté (Tillaux voulait qu'ils n'apparussent que vers 12-13 ans), Dursy en relevait et décrivait la présence avec une ébauche distincte chez un fœtus humain long de 10 cm. 8 (Tabl. IX, fig. 6 a, œuvre de Dursy sup. cit.).

Les résultats donnés par Dursy marquaient, il est vrai, une nouvelle période d'études sur ce sujet, parce que déjà en 1871 avec Steiner⁹ de nouveaux travaux tendent à démontrer que les sinus frontaux ne sont autre chose que des cellules ethmoïdales antérieures insinuées à une époque imprécise dans les parois du frontal, résultats qui furent confirmés successivement en 1892 1896-1901 par Hartmann¹⁰, Killian¹¹, Mouret¹² et Sieur et Jacob¹³. Ces deux derniers cherchaient à appuyer leur thèse sur des faits anatomiques et pathologiques. Cependant ces faits furent bien vite critiqués par Mihalkovitz (op. cit.), qui nia au contraire que les sinus frontaux pussent être considérés comme cellules ethmoïdales, opinion confirmée aussi par Zuckerkandl.

Pour les sinus ethmoïdaux, les recherches furent faites par quatre auteurs principaux : Kölliker (op. cit.), Remy¹⁴, Mihalkovitz (op. cit.) et Killian (op. cit.).

Tandis que Kölliker niait vigoureusement la présence des sinus dans la vie embryonnaire, il faisait une exception pour les sinus ethmoïdaux, dont il admettait le début possible au 6^e mois. Remy et Mihalkovitz admettaient le début plus précoce de ces sinus, ainsi que Killian, qui dans l'acceptation de cette opinion entre minutieusement dans le sujet, discutant sur l'origine des cellules ethmoïdales.

En ce qui concerne les sinus sphénoïdaux nous rencontrons encore des divergences. Kölliker n'avait pas vu les sinus sphénoïdaux non seulement chez l'embryon, mais aussi chez le nouveau-né, contrairement à l'opinion de Wirchow qui les avait déjà vus formés d'une façon primitive chez l'embryon jeune.

Pour Remy (op. cit.), les sinus sphénoïdaux apparaîtraient vers la fin de la première année extra-utérine ; Dursy (op. cit.) dit qu'ils doivent être recherchés et trouvés dans l'extrémité postérieure du labyrinthe ethmoïdal cartilagineux ; en principe ils sont formés par un prolongement de la muqueuse olfactive, avec laquelle ils étaient en rapport, toujours d'après cet auteur, dans les derniers mois de la vie embryonnaire, prolongements qui sont les cornets sphénoïdaux de provenance ethmoïdale.

A part ces dernières considérations, avec Dursy sont d'accord : Zuckerkandl et Told ¹⁵, Killian ¹⁶ et Dieulafoy ¹⁷, sans qu'aucun précise l'époque du développement initial.

Pour le sinus maxillaire les recherches furent plus persistantes et plus étendues. Depuis les opinions négatives de Kölliker, on arrive aux belles recherches de Rémy, faites sur un riche matériel, grâce auxquelles il reconnaît la présence du sinus maxillaire dans le 4^e mois.

Mihalkovitz le reconnaît au 3^e mois, Dieulafoy de même, et peu de temps avant ma publication de 1906, Killian le décrivait dans la 2^e moitié du 3^e mois. Mihalkovitz décrit le début du sinus avec un enfoncement épithélial, à la rencontre duquel vient une forte extraflexion des lames cartilagineuses latérales de la cavité nasale qui se forme à la fin du 3^e mois, s'accroît au 4^e et 5^e mois, marquant ainsi une individualisation toujours plus grande de l'enfoncement ci-dessus.

J'ai ainsi décrit succinctement la partie historique relative aux sinus accessoires des fosses nasales dans lesquels se démontrent les incertitudes soit par la présence des sinus dans la vie embryonnaire, soit par l'époque de leur développement initial, soit enfin par leur état à l'époque de la naissance.

Le matériel d'études est tellement abondant qu'il faut puiser dans les nombreux travaux ; m'appuyant aussi sur mes travaux personnels et sur ceux des auteurs qui se sont occupés de la question, je pourrai comme je l'espère apporter ma part contributive à l'étude de cette question et formuler des conclusions définitives.

Sinus frontaux. — Au sujet des sinus frontaux, des observations étendues m'ont convaincu de l'absence de toute ébauche, non seulement dans la vie embryonnaire mais aussi à la fin du développement ; et cette conviction s'étend aussi au sujet de la simple pénétration dans le frontal des cellules ethmoïdales antérieures et cela contrairement à l'idée de Steiner et des autres.

J'ai seul noté qu'au 6^e mois, l'infundibulum qui plus tard viendra établir la communication entre les sinus frontaux et le méat moyen, s'accroît nettement et qu'il est représenté précisément par la partie la plus haute du sillon qui est compris entre la bulle ethmoïdale et la crête de l'apophyse unciforme : il se dirige vers le haut obliquement, se terminant en cul-de-sac à une distance de 5 mm. de l'orifice du sinus maxillaire.

Sinus ethmoïdaux. — Nous avons vu comment Kölliker les admet au 6^e mois et avant les autres sinus, dont il admet le début à la naissance et comme à cette opinion se rallient en général les autres auteurs.

Sur ce sujet mes recherches divergeront sous un double point de vue : avant tout parce que ces sinus ne sont pas les premiers à apparaître, comme je le dirai plus loin, et ensuite parce que pour admettre le début de ces sinus dans la vie embryonnaire je dois insister en les considérant comme des rudiments tout à fait simples, produits par des enfoncements et des récessus qui se trouvent au milieu des cornets ethmoïdaux, formation que j'ai pu constater chez un embryon de 87 mm. (à la fin du 3^e mois) ; et cette formation se préparerait peu avant la fin du



FIG. 1. — Embryon de 57 mm. (oc. 1, ob. 2, Koristka. Réd. de 1/3).

au, apophyse unciforme. — *rpsm*, récessus post^r du sinus maxil. — *ts*, cornet sup^r. — *tm*, cornet moyen. — *ti*, cornet inf.

3^e mois (embryon de 57 mm.) avec l'ébauche des cornets supérieur et moyen, au milieu desquels se forme un enfoncement qui devient plus profond et large et qui est le début du méat supérieur (fissure ethmoïdale inférieure) de Zuckerkandl (fig. 1).

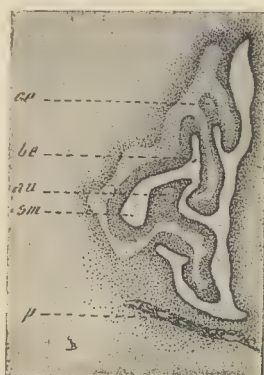
Des sections frontales faites chez l'embryon de 87 mm. montrent en effet la présence de petites cellules ethmoïdales distinctes, qui apparaissent comme l'accrolement des bords qui délimitent les sillons entre les cornets ethmoïdaux moyen et supérieur (fig. 2).

Ce développement initial se différencie un peu plus tard chez les fœtus de 150 mm. (fin du 4^e mois) et de 200 mm. (1^{re} moitié du 5^e mois) : à cet âge en effet l'examen en série des sections en correspondance de la zone moyenne des fosses nasales démontre de nombreuses cellules ethmoïdales formées, cela s'entend, par

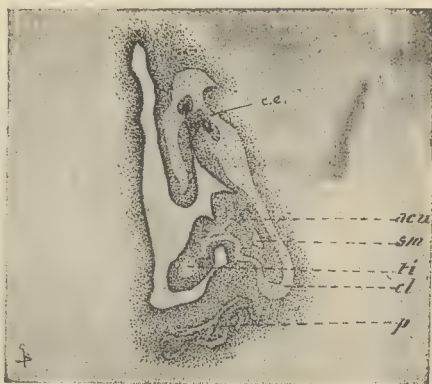
l'accolement des parois délimitant les cornets ethmoïdaux en correspondance avec les récessus des sillons qui sont situés au-dessous (fig. 3).

Au 5^e mois de la naissance l'on voit nettement les modifications qui se produisent dans les sinus ethmoïdaux ; à la naissance nous rencontrons les faits anatomiques décrits d'une façon plus nette.

Sinus sphénoïdaux. — Chez un embryon de 38 mm. (9^e-10^e semaine) j'ai fait des sections en série selon un plan frontal,



2



3

FIG. 2. — Embryon de 87 mm. (oc. 4, ob. 0, Koristka. Réd. de 1/3).

ce, cellules ethmoïdales. — be, bulle ethmoïdale. — au, apoph. uncif. avec nodule cartilagineux. — sm, sinus maxil. — p, ossification de la voûte du palais.

FIG. 3. — Fœtus de 150 mm. (obj. 0, oc. 4, Koristka. Réd. de 1/3).

ce, cellules ethmoïd. — acu, armature cartilagineuse de l'apoph. uncif. — sm, sinus maxil. — ti, cornet inf. — cl, lame cartilagineuse latérale. — p, ossification de la voûte du palais.

comme l'avait fait Mihalkovitz sur un embryon de 3 mois 1/2. Me rapportant à la division établie par cet auteur, des fosses nasales en 3 zones, je portais mes sections sur toute la zone postérieure pour les levées nécessaires aux sinus sphénoïdaux : j'avais ainsi les moyens de rencontrer le début de la cavité sphénoïdale et le méat nasopharyngien qui apparaissent dans cette zone bien évidents et délimités. A la fin de la zone moyenne, les saillies correspondant aux cornets ethmoïdaux disparaissent, en correspondance avec la moitié des parois latérales et internes des fosses nasales il s'en produit deux autres, l'une contre l'autre, pour lesquelles les épithéliums de revête-

ment se placent en contact direct et établissent un pont muqueux qui divise la cavité nasale en deux, une supérieure (qui au début a un diamètre vertical de $570\ \mu$, un transverse de $140\ \mu$, un antéro-postérieur de $200\ \mu$) et une inférieure piriforme plus grande ($700\ \mu$ par $500\ \mu$). La première cavité correspond au sinus sphénoïdal, la seconde au méat nasopharyngien (fig. 4).

Mais il y a plus. L'étude de mes corps en série démontre aussi que l'ébauche du sinus sphénoïdal continue à apparaître aussi après la disparition de la cloison et des méats naso-pharyngiens ; ce qui fait admettre que déjà à cet âge du développement il y a une disposition correspondant à celle de l'adulte, chez lequel

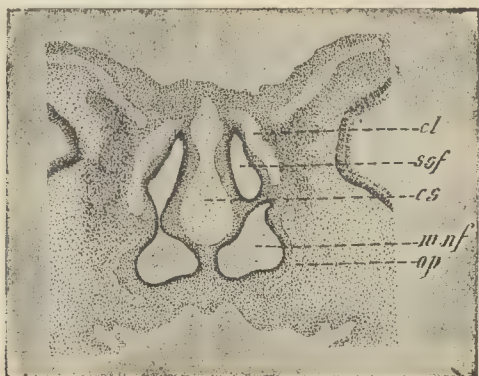


FIG. 4. — Embryon de 38 mm. (oc. 5, ob. 0, Koristka. Réd. de 1/3).

cs, cartilage de la cloison. — cl, cartilages latéraux. — op, os palatin en voie d'ossification. — ssf, ébauche du sinus sphénoïdal. — mnf, méat naso-pharyngien.

précisément le sinus sphénoïdal pousse en un plan plus postérieur au plan tangent du bord libre de la cloison qui divise les choanes.

J'admets donc, comme le veulent Dursy, Told, Zuckerkandl, Mihalkovitz, Dieulafoy qu'on doit retenir comme ébauche du sinus sphénoïdal le récessus postérieur en cul-de-sac de la cavité olfactive de l'embryon ; il est entendu que j'ai démontré que le développement se fait vers la 9^e-10^e semaine.

Dans les embryons et chez les fœtus d'âge successif, il n'y a pas de modifications intéressantes, sauf l'augmentation de largeur. On arrive ainsi à la fin de la vie intra-utérine, sans cependant que se soit encore dessinée la délimitation antérieure des sinus sphénoïdaux, de même qu'ils ne sont pas encore représentés dans les cavités comprises dans le corps du sphénoïde.

Sinus maxillaire. — En ce qui concerne le sinus maxillaire je rappelle avant tout que j'ai donné dans mes travaux antérieurs la description de l'examen du coupes en séries dirigées dans le plan frontal des embryons de 30-34-38 mm. (8^e-9^e-10^e semaine) (*op. cit.*).

Dans le premier groupe des coupes qui intéressent le plus l'origine, la constitution et la façon d'être de la couche épithéliale, on pénètre dans la partie la plus profonde regardant les cavités nasales, surtout dans leurs parois et de là dans leur constitution générale.

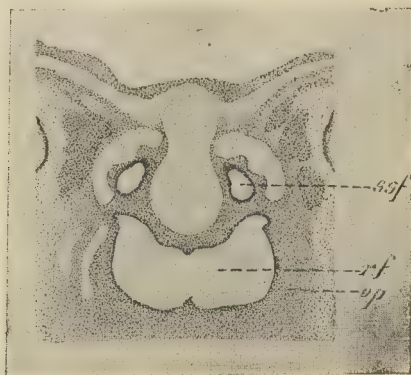


FIG. 5. — Embryon de 38 mm. (oc. 5, ob. 0, Koristka. Réd. de 1/3).

ssf, sinus sphénoïdal. — rf, récessus pharyngé. — op, os palatin.

Dans la description que j'ai faite dans mes travaux où l'on rappelle comment la cavité nasale vers son milieu présente un resserrement dans la partie haute et un élargissement de la partie moyenne, correspondant au point où apparaît le sillon qui détermine la formation de l'ébauche du cornet moyen et le premier signe du sinus maxillaire. Cette ébauche du sinus maxillaire est représentée par une cavité ampullaire qui en coupe apparaît sous la forme d'une fissure ovoïde, dont les parois les plus grandes qui la délimitent sont situées à peu de distance l'une de l'autre.

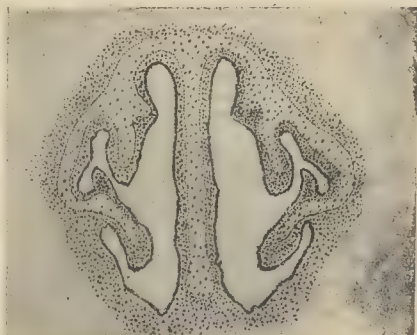
Cette ébauche demeure pendant toute son évolution en communication directe avec la cavité nasale, dont elle semble être un véritable diverticule.

Les mesures micrométriques sur ce point donnent sur son étendue antéro-postérieure une longueur de 600 μ environ pré-

sentant à moitié de son cours une largeur de $100\text{ }\mu$. Chez ces



6



7

FIG. 6. — Embryon de 30 mm. (ob. 0, oc. 3, Koristka. Réd. de 1/3). L'enfoncement dans le méat moyen répondant à l'ébauche du sinus maxillaire est distinct.

FIG. 7. — Embryon de 34 mm. (ob. 0, oc. 3, Koristka. Réd. de 1/3). L'enfoncement du méat moyen répondant à l'ébauche du sinus maxillaire est distinct.

embryons de 30-34-38 mm. j'ai pu démontrer que la période initiale du sinus maxillaire a lieu chez l'embryon humain entre

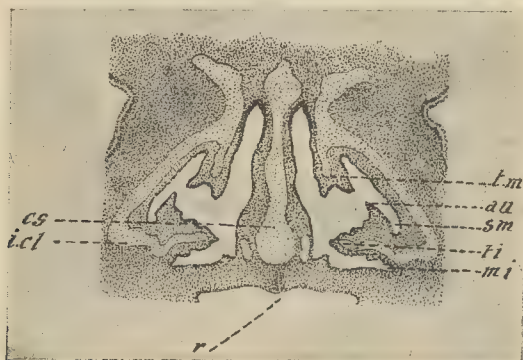


FIG. 8. — Embryon de 38 mm. (oc. 5, ob. 0, Koristka. Réd. de 1/3). *tm*, cornet moyen. — *au*, apoph. uncif. — *sm*, ébauche du sinus maxil. — *ti*, cornet inf. — *mi*, méat inf. — *cs*, cartilage de la cloison. — *icl*, incurvation de la lame cartilagineuse latérale. — *r*, résidu épithélial en correspondance avec la ligne de soudure des lames palatines.

le 2^e mois et les premiers jours du 3^e pour apparaître plus distincte du 2^e mois 1/2 au 3^e mois (fig. 6-7-8).

Je confirme aussi que chez les embryons plus avancés en âge, de 57 mm. (11^e semaine) le sinus maxillaire se présente assez bien avancé en développement, le méat moyen étant bien conformé dans tous ses détails, avec un processus unciforme net muni d'un nodule cartilagineux de soutien qui donne une plus grande saillie à l'espace ampullaire du sinus maxillaire et qui établit aussi par suite dans sa configuration deux petits récessus, un antérieur, l'autre postérieur (fig. 9). Et en allant plus



FIG. 9. — Fœtus de la première moitié du 9^e mois.

ts, cornet sup^r. — *tm*, cornet moyen. — *ti*, cornet inf^r. — *sm*, sinus maxillaire. — *be*, bulle ethmoïdale. — *pu*, pli unciforme. — *am*, alvéole 1^{re} molaire. — *c*, cellule ethmoïdale.

avant, chez un embryon de 68 mm. (12^e semaine), le récessus en cul-de-sac du sinus maxillaire s'étend sur une longueur de 280 μ . et en avant à un diamètre maximum de 210 μ : vers son extrémité postérieure, il présente ensuite des diverticules évidents. Chez l'embryon de 87 mm. (fin du 3^e mois environ) on note une délimitation plus grande et plus nette du sinus qui communique avec le méat moyen par une fente assez étroite.

Les fœtus de 92 mm. (début du 4^e mois) et de 105 mm. (13^e à 14^e semaine) présentent une incurvation de la lame latérale cartilagineuse en correspondance avec le méat moyen, qui à cette période constitue un véritable récessus propre assez profond pour le sinus maxillaire.

Ces caractéristiques se manifestent plus nettement dans la suite chez les fœtus de 150 mm. (fin du 4^e mois) et de 200 mm.

(première moitié du 5^e mois) et puis chez les fœtus du 6^e-7^e-8^e-9^e mois. Du 7^e mois et plus le sinus est formé d'une cavité tubulaire longue de 5 à 7 mm., avec un diamètre maximum de 2 mm., comme je l'ai déjà décrit dans mon travail de 1906.

Au 9^e mois il est distant de 3 mm. de la voûte de la cavité alvéolaire de la première molaire, au-dessus et en dedans de laquelle elle est située, et de un peu plus de 1 mm. de la paroi interne de la cavité orbitaire. Le sinus ne dépasse pas antérieurement l'orifice interne du canal sous-orbitaire. Dans un plan frontal passant par cet orifice, on trouve avec une direction presque verticale, la communication avec le méat moyen, cons-



FIG. 10. — Fœtus de la première moitié du 9^e mois.

tm, cornet moyen. — *ti*, cornet inf. — *sm*, sinus maxil. — *be*, bulle ethm. — *pu*, pli unciforme. — *am*, alvéole 1^{re} mol. — *c*, canal de communication entre le sinus maxill. et la cavité nasale.

tituée par un petit conduit de 1 mm. de diamètre et de 4 mm. de longueur. Cette voie de communication commence au cul-de-sac antérieur du sinus maxillaire même.

De mes recherches, associées à d'autres relatives au développement des cavités nasales chez l'homme de 1906 à 1908 et répétées et suivies jusqu'à aujourd'hui, je peux conclure ainsi :

Sinus frontaux. — Manquant et représentés seulement dans les derniers mois de la vie intra-utérine par l'infundibulum bien distinct à l'époque de la naissance.

Sinus ethmoïdaux. — Rudimentaires à la fin du 3^e mois : quelques cellules de plus en plus distinctes de la fin du 4^e mois à la naissance.

Sinus sphénoïdaux. — Début à la 9^e-10^e semaine dans le récessus postérieur en cul-de-sac de la cavité olfactive de l'embryon, début qui se maintient tel que jusqu'à la naissance, sauf l'augmentation de largeur et non comme cavité comprise dans le corps du sphénoïde.

Sinus maxillaires. — Débutent entre le 2^e mois et les premiers jours du 3^e. A la 11^e semaine le sinus s'avance en développement avec des récessus distincts et avec un développement concomitant du méat moyen. A la 12^e semaine une étroite et distincte fente fait communiquer le sinus avec le méat moyen. Au 4^e mois le développement du sinus favorise l'incurvation du cartilage latéral. Du 4^e mois jusqu'au 9^e le sinus s'individualise dans toutes ses parties.

BIBLIOGRAPHIE

1. Prof. DELLA VEDOVA. Monographie et recherches sur le développement des cavités nasales chez l'homme. Ulrich Hœpli, Milan, 1907.
2. Id. La période initiale dans le développement du sinus maxillaire (Communic. Soc. Med. et Biol., Milan, 31 janv. 1908).
3. Id. Sur quelques points relatifs au développement des cavités nasales chez l'homme (Comm. Cong. Vienne, avril 1908).
4. KOELLIKER (A.). Embryologie. Trad. par A. Schneider, Paris, 1882.
5. DURSÝ. Zur Entwicklung des Kopfes des Menschen und der Hoheren Wirbelthiere Uebungen, 1869.
6. MIKALOVITZ. Nasenhöhle und Jacobsonsche Organ. Wiesbaden ; aus d. Anatomischen Heften, 1898.
7. TISSIER. *Ann. des mal. de l'oreille*, p. 168, 1899.
8. TILLAUX. Rel. des sinus de la face. Thèse, Paris, 1862.
9. STEINER (F.). Ueber des Entwickel. der Stirnhöhlen und ihrer Ausmündung. *Langenbeck's. Arch.*, Bd 13, 1871.
10. HARTMANN (A.). Ueber die Anat. Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung. *Langenbeck's Arch.*, Bd 45, u. *Wien. med. Press.*, N. 36, 1892.
11. KILLIAN (G.-Z.). Anat. d. Nase menschl. Embr. *Arch. f. Laryng.*, Bd II, III u. IV, 1896.
12. MOURET. Rapports du sinus frontal avec les cell. ethm. *Bull. Soc. Fr. d'otol.*, Cong. de Paris, 1901.
13. SIEUR et JACOB. Recherch. anat. clin. et opér. sur les fosses nasales et leurs sinus. Paris, 1901.
14. RÉMY. La membrane muqueuse des fosses nasales. Thèse, Paris, 1878.
15. TOLDT (C.). Osteolog. Mittheilung. *Jahrb. f. Naturwissenschaften*, t. III-IV, nouvelle série.
16. KALLIUS (E.). Geruchsorgan und Geschmacksorgan in *Handbuch der Anat. des Mensch. von Brdeleben*, Iéna, 1903.
17. DIEULAFÉ (L.). Les fosses nasales des vertébrés. Morph. et embryologie. *Journal d'anat. et physiologie*. Paris, An. 40, n° 3, 4, 5, 1904.

V. — PHYSIOLOGIE

LES DEUX VOIES DE LA RESPIRATION ET L'ACTE RESPIRATOIRE

(au point de vue de l'état général, de la voix parlée, de la voix chantée).

(*Suite et fin*)

J. CHABERT

(de Paris).

Par

et

M. LABERNADIE

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Paris.

II. Insuffisance respiratoire. — Il peut y avoir insuffisance respiratoire ou diminution de la capacité respiratoire, cette insuffisance étant indépendante mais souvent alliée à l'imperméabilité de la voie nasale.

Ainsi, tous les obstrués du nez et du pharynx respirent mal, et la respiration buccale donne une dilatation thoracique inférieure à celle que réalise la respiration nasale. Le tirage permanent de l'adénoïdien montre d'ailleurs que l'acte respiratoire s'effectue avec une certaine difficulté; il en est de même chez certains enfants atteints d'une grosse hypertrophie des amygdales (d'autant que les deux voies sont parfois obstruées); le tirage habituel, conséquence de l'effort inspiratoire, entraîne, si l'on n'y remédie, des déformations du squelette. La partie inférieure du sternum s'enfonce, la poitrine s'aplatit d'avant en arrière comme si les côtes avaient été comprimées d'un côté vers l'autre; ces déformations thoraciques pourront d'ailleurs créer à la longue une insuffisance respiratoire réelle et irrémédiable.

Cette insuffisance peut dans certains cas être d'ordre pathologique (emphysème, bronchite chronique, séquelles des maladies du poumon); ici l'hématose se fait mal par diminution de fonction.

Aussi les conséquences seront graves, si la qualité de l'air inspiré ne peut compenser la quantité, ce qui se traduit en clinique par un aspect général de l'adénoïdien tantôt *pâle*, tantôt *rose* et joufflu. Le premier réalise le type de l'adénoïdien des grandes villes et que l'on rencontre surtout à Paris; l'enfant qui vit à la campagne au milieu d'un air pur et sain, souffre moins de cette insuffisance respiratoire et donne le type floride.

Mais à côté des sujets qui ne *peuvent* respirer assez parce qu'une cause pathologique les en empêche, on en trouve d'autres qui ne *savent* pas respirer; l'insuffisance respiratoire propre-

ment dite doit être séparée de la mauvaise éducation respiratoire dont les conséquences sont moins graves mais réelles.

C'est le cas des malades dont on a libéré le nez et le pharynx ; les troubles respiratoires subsistent malgré la restauration de la voie nasale, et les enfants ne paraissent pas bénéficier de l'intervention curatrice (1/10 des cas, d'après Lermoyez). Il ne faut donc pas considérer un malade comme guéri lorsque toute cicatrisation s'est effectuée sans incident, mais seulement lorsqu'on s'est assuré que le jeu de la respiration est normalement réglé. Il faut refaire l'éducation de la respiration, car les mauvaises habitudes sont susceptibles d'être corrigées.

Le Dr Vacher dit très justement : « Il en est de la respiration comme de la lecture ; il faut apprendre à respirer si on n'a jamais su le faire correctement ; il faut le réapprendre si on l'a oublié. »

Que l'insuffisance soit réelle ou accidentelle, elle s'accompagne toujours de troubles généraux importants.

Troubles dus à l'insuffisance respiratoire. — La quantité d'air qui circule dans les poumons est faible, l'air inspiré ne suffit pas à assurer une hématoxe convenable, il en résulte des troubles dus au défaut d'oxygénation, le sujet est pâle, anémié. Les échanges entre l'air inspiré et l'air expiré sont très minimes ; le sang n'est plus appelé par le vide thoracique qui ne se produit pas, le poumon s'étant mal vidé à l'expiration. La circulation est moins active, ralentie. Pour compenser cette gêne dans le courant sanguin, le cœur précipite ses battements (palpitations) et finalement, il s'hypertrophie.

Au sommet du poumon, la ventilation pulmonaire s'accomplit mal, et comme en ce point la circulation, donc la nutrition des tissus est amoindrie, il y a là un déficit de vitalité propice au développement de la tuberculose.

Enfin, le cerveau insuffisamment nourri se ressent de l'insuffisance cardio-pulmonaire.

De la torpeur cérébrale, une intelligence lente à se manifester, de l'inattention, une certaine asthénie, tels sont les caractères distinctifs de ces sujets.

Ces enfants peu travailleurs, toujours distraits, sont classés parmi les paresseux, ce sont plutôt des ralentis : ils ont des maux de tête, mangent peu, dorment mal ; leur sommeil est agité, entrecoupé de cauchemars et de réveils en sursaut. Soumis à un effort prolongé, leur respiration est courte et fréquente, la fatigue survient vite avec l'essoufflement : c'est que la *quantité d'air inspiré est suffisante pour ne rien faire, elle devient insuffisante dans l'effort* (Lubet-Barbon).

Au point de vue *vocal*, les troubles sont aussi nets et nous ne saurions trop insister sur cette formule de notre maître le Dr Lubet-Barbon : « Avant d'apprendre à chanter, il faut apprendre à respirer. »

C'est « l'archet aérien » qui fait vibrer les cordes vocales, c'est de la puissance et de la longueur du souffle que dépend la tenue de la voix ; l'archet pour agir avec efficacité doit être manié avec souplesse, et comme le geste du violoniste, le geste respiratoire doit être de grande amplitude pour appuyer les vibrations, allonger le son. L'on saisit ici toute l'importance d'une respiration bien réglée. Les mauvaises habitudes ou le manque total d'éducation respiratoire peuvent compromettre ou casser irrémédiablement une voix.

L'air pénétrant dans le poumon en quantité trop faible, la fréquence de la respiration ne peut arriver à compenser l'insuffisance d'air et de pression, les éléments vibrants sont contraints à une tension exagérée ; c'est alors que peut se déclarer la laryngite striduleuse des chanteurs.

D'autre part, s'il y a rupture d'équilibre entre les deux tensions productrices de toute hauteur vocale (celle qui résulte de la pression expiratoire se trouvant inférieure à celle produite par l'action musculaire qui s'exagère), les sons filés sont impossibles, le médium est mauvais, les notes élevées sortent mal.

Dans la *voix parlée*, on retrouve l'influence de l'insuffisance du souffle. Les gens qui respirent mal s'enrouent facilement. la parole est précipitée, les phrases hachées, brèves, conduisent vite à la dysphonie, à la toux. Combien commencent leurs phrases sans songer à prendre l'air suffisant et sont obligés de s'interrompre pour reprendre de l'air ; ils parlent par saccades, inspirant peu mais à tout moment ; d'autres prennent assez d'air mais ils le laissent perdre avant de parler.

C'est enfin dans les *troubles de la parole* qu'apparaît le plus nettement le manque d'air ; la plupart des bègues, en particulier, respirent mal, ne prennent pas assez d'air ou en prennent trop et ne savent pas l'utiliser pour la phonation ; on n'a peut-être pas assez insisté sur le rôle d'une bonne éducation respiratoire pour la correction des troubles de la parole ; toutefois Et. Boudin l'a déjà noté ; il nous dit en effet :

« Si l'on se rend compte que la netteté, la pureté et l'aisance de la parole dépendent de l'harmonie parfaite entre la respiration et la phonation, de la souplesse et des rapports sympathiques des organes buccaux, qu'au contraire l'altération du débit vocal peut naître du moindre trouble respiratoire, du plus léger dépla-

cement des organes dans leurs relations physiologiques, d'une trop forte comme d'une trop faible tension musculaire, on comprendra facilement que toutes les paroles ne soient pas claires, sonores, vibrantes, intelligibles. »

Ce que doit être une bonne respiration.

Pour bien vivre, au sens physiologique du mot, pour bien parler, pour bien chanter il faut donc que :

1° *l'air emprunte la voie nasale* ;

2° *la dilatation thoracique soit suffisante* pour assurer une *bonne ventilation pulmonaire*.

« La respiration, écrit Rosenthal, doit être exclusivement nasale, bilatéralement nasale, complète et suffisante ; c'est-à-dire qu'elle doit en utilisant exclusivement la voie nasale, amener une dilatation de la cage thoracique dans les trois sens : *antéro-postérieur, latéral et vertical*. »

L'exposé, fait précédemment, des inconvénients de la respiration par la bouche, met suffisamment en lumière les avantages de la respiration par le nez.

L'air se débarrasse au niveau des vibrisses, des poussières et des impuretés qu'il contient, il s'échauffe et s'humidifie au contact des cornets. Ainsi modifié, il n'a plus d'action irritante sur le pharynx et le larynx.

De plus, la muqueuse nasale présente un vaste champ de désinfection microbienne grâce aux propriétés bactéricides remarquables de ses sécrétions.

Respirer par le nez, c'est mettre l'organisme dans les meilleures conditions possibles pour éviter les infections qu'est susceptible de lui apporter l'air extérieur. L'aération du poumon s'accomplit parfaitement et l'appareil phonateur est à l'abri de nombreuses causes d'irritation.

L'orateur, le chanteur évitent ainsi le timbre nasonné et nasillard, et l'on a même noté que le retour à la respiration nasale peut augmenter la tessiture et donner par exemple une ou plusieurs notes de plus dans l'aigu.

Dans la meilleure respiration, l'air passera donc par la voie nasale, mais il devra y passer en assez grande quantité pour suffire à l'hématose ; or cette quantité est très variable suivant les points sur lesquels va porter la dilatation du thorax, suivant la prédominance de tel ou tel groupe des muscles inspireurs.

Les auteurs ont classifié et groupé, en types ces formes ou modes de respiration.

Ils distinguent *trois types* respiratoires :

- 1° le type abdominal ;
- 2° le type costal supérieur ;
- 3° le type costal inférieur.

Ces types ne sont pas exclusifs, car le poumon participe plus ou moins dans son ensemble au jeu de la respiration, la prédominance de la dilatation thoracique dans certaines régions fixe le type. Nous les examinerons successivement.

Dans le type dit *abdominal* la respiration est basée sur le jeu presque exclusif du diaphragme.

L'augmentation de la cage thoracique porte principalement sur le diamètre vertical. Le travail du diaphragme peut assurer une ventilation pulmonaire suffisante.

Ce type respiratoire n'est pas sans présenter des inconvénients : pour se contracter, le diaphragme s'appuie sur les organes abdominaux assurant à peu près complètement le jeu de la respiration ; son déplacement doit être très grand ; les viscères refoulés par lui sont maintenus par la sangle abdominale, mais peu à peu celle-ci se relâche et se distend, résultat : ptose des organes abdominaux et leurs conséquences surtout graves chez la femme.

Dès ce moment, le diaphragme ne trouve plus dans les viscères abdominaux un point d'appui suffisant, et comme le prouvent les expériences de Duchenne de Boulogne, à l'instant où il se contracte les côtes sur lesquelles il s'insère sont attirées en dedans au lieu de se porter au dehors.

Dès lors le diamètre vertical est toujours augmenté, le diamètre transverse est diminué. Les muscles de la cage thoracique restent passifs ; l'expiration ne se fait donc plus que par le retour du poumon sur lui-même.

Le *type costal supérieur* donne la plus petite capacité pulmonaire.

Il comporte un soulèvement de toute la ceinture scapulaire qui nécessite un certain effort. Le mouvement des côtes, vu leur brièveté, devrait être très étendu pour augmenter dans une proportion notable la capacité thoracique ; or, le redressement ne peut être que très faible et par conséquent la ventilation pulmonaire est insuffisante. Les diamètres transverse et sagittal sont surtout augmentés, et encore, à ce niveau, leur développement est réduit au minimum.

Particulièrement fréquent chez la femme, ce type respiratoire est une conséquence du port du corset. Le corset enlevé, la respiration abdominale reparaît.

D'autre part, la contraction permanente des muscles cervicaux entrave l'action fixatrice des muscles extrinsèques nécessaire au jeu des muscles intrinsèques, elle crée une gêne circulatoire qui congestionne la gorge et le larynx.

Dans le *type costal inférieur*, la respiration se fait principalement au niveau de la partie inférieure du thorax; elle paraît être la plus recommandable.

En effet, c'est en cette région que la cage thoracique présente son maximum de développement; là, les côtes ont leur plus grande longueur, et leur plus petit redressement est suivi du plus grand effet; il suffit d'un mouvement peu étendu des côtes pour obtenir une augmentation très appréciable de la capacité thoracique.

Le diamètre transverse du thorax acquiert toute son amplitude, et ce diamètre, comme le dit Sappey, l'emporte sur les deux autres. Il joue donc un rôle considérable qui ne saurait être compensé par le développement des diamètres vertical et antéro-postérieur.

La respiration costale inférieure est celle qui permet le plus large appel d'air, celle qui nécessite le jeu harmonieux de tous les muscles inspireurs et expirateurs, celle qui porte sur les *trois diamètres en de justes proportions*.

Mais si la respiration costale inférieure paraît résumer le plus d'avantages, nous ne saurions prétendre qu'elle doit être exclusive; ainsi que nous l'avons dit, toutes les régions du poumon doivent participer aux mouvements de la cage thoracique; mais le maximum d'amplitude doit porter sur la base du thorax. De plus, si la respiration uniquement diaphragmatique est défectueuse, un jeu modéré du diaphragme est au contraire l'auxiliaire précieux des autres muscles inspireurs.

Quels avantages peut-on retirer d'une bonne ventilation pulmonaire?

Au point de vue de *l'état général*, nous ne dirons pas que seuls les sujets qui adoptent le type respiratoire costal inférieur bénéficieront d'une bonne aération de poumon, et il est certain qu'il n'y a pas de loi fixe et immuable, car les inconvénients dont nous avons chargé le type abdominal et costal supérieur ne sont pas aussi graves lorsqu'il s'agit de l'état général que quand on s'occupe de la phonation. La respiration la plus fréquemment employée est à la fois diaphragmatique et costale inférieure.

Des mouvements appropriés faits quotidiennement permettent de bien aérer toutes les régions du poumon, les échanges s'accomplissent parfaitement, et ce nouvel état de choses amène une amélioration notable de l'état général.

Nous reprendrons le cas si typique des adénoïdiens.

Si au bénéfice de l'intervention vient s'ajouter la cure d'air à la campagne, si l'on surveille la façon dont s'effectue la respiration à l'état de sommeil et de veille, on voit l'enfant grandir rapidement ; ses joues se colorent, son regard est plus vif, son intelligence semble s'éveiller, la respiration devient calme, ample, régulière.

Il prend part gaillardement aux jeux qui autrefois le laissaient ou indifférent ou très las. Son appétit est excité, et en quelques mois la transformation est complète. Chez tous les rééduqués, plus de rhumes fréquents, de bronchites tenaces, et si les lésions pharyngo-laryngées elles-mêmes ne sont pas trop anciennes, elles s'amendent peu à peu car la susceptibilité des muqueuses tend à disparaître. La poitrine se développe dans des proportions notables et l'angle inférieur des côtes avec le sternum augmente sensiblement, le thorax bombe en avant, les creux sous-claviculaires sont moins marqués.

Dans le chant, la respiration présente quelques particularités ; ici, plus que jamais, la respiration costale inférieure paraît être la plus recommandable. L'air doit passer par le nez à l'inspiration, mais dans le chant et la parole seulement l'expiration se fait par la voie buccale. La respiration s'effectue dans des conditions un peu spéciales ; l'inspiration et l'expiration ne se succèdent pas rythmiquement.

L'inspiration doit toujours être rapide, profonde, et l'« appropriation respiratoire » est, d'après Bonnier, la recherche d'une juste concordance entre le rythme inspiratoire et expiratoire ; si l'expiration se prolonge et si l'inspiration est trop brusque, il en résulte une sorte d'asthme qui énerve la respiration ; l'éducation de la respiration devient donc indispensable pour le chanteur.

Mais le chanteur doit emmagasiner dans les poumons une quantité d'air suffisante, l'inspiration ne doit pas être poussée à l'extrême, car il y aurait de ce fait une gêne née de la contraction musculaire trop grande ; le larynx doit toutefois jouer le rôle de frein pour éviter le gaspillage de l'air. L'on sait aussi que les chanteurs sont des candidats à l'emphysème pulmonaire : trop distendu, le tissu élastique perd ses propriétés contractiles ; les échanges gazeux se font d'une manière très imparfaite, dès lors naît l'essoufflement. D'une manière générale, le chanteur aura tout avantage à adopter le type respiratoire, dit costal inférieur. Celui-ci ne l'expose pas à fatiguer l'appareil vocal, lui permet de tirer le plus grand bénéfice, sans effort, d'une provision d'air abondante.

Sans chercher à emmagasiner le maximum d'air, avec la pratique de l'art vocal, il pourra, de façon presque réflexe, prendre la quantité utile à l'émission de la phrase musicale. L'artiste bien exercé, maître de tous les éléments qui règlent son expiration, la modère ou l'active à son gré, la rend docile et sait en tirer le maximum d'effet. Avec aisance, la voix sort claire et bien timbrée, et sans effort la phrase musicale s'achève harmonieusement.

Cette maîtrise ne s'obtient que par une longue pratique du chant, le jeu parfait des cordes vocales, et le concours indispensable des muscles inspireurs.

Ces muscles en effet président à l'expiration, modèrent et régularisent le second temps de la respiration.

Ce mouvement, purement passif dans la respiration courante, est soumis à la volonté au cours du chant. Il importe donc, par une éducation appropriée, par une gymnastique bien comprise, de rendre les muscles inspireurs dociles et d'en faire à la fois l'instrument d'une inspiration suffisante, d'une expiration bien graduée.

La cage thoracique enfin est une *caisse de résonance*, or ses propriétés résonnantes ne peuvent avoir toute leur valeur que si les muscles de la paroi thoracique sont contractés, les intercostaux surtout, et la cage thoracique n'a ses parois à l'état de tension que dans la respiration costale. Bonnier, toutefois, recommande d'éviter le surmenage ou fatigue thoracique qui produit « le pas en voix » du chanteur.

Reste une objection que nous ne voudrions pas passer sous silence et qui a été faite à la respiration nasale au cours du chant. Le voile du palais, a-t-on dit, ne peut reprendre assez rapidement la position et la tension convenables ; des exercices appropriés doivent arriver à donner au voile une mobilité, une docilité qui rendent vaines ces objections. Dans quelques cas cependant, la respiration buccale au cours du chant peut être employée, c'est lorsque la phrase musicale brève nécessite une inspiration courte et rapide.

Une bonne respiration au cours du chant doit être *calme, ample, silencieuse, bien réglée*. Dans ces conditions, le chanteur n'aura pas à déplorer les troubles qui l'obligent parfois à des repos prolongés qui compromettent sa voix.

Dans la *voix parlée*, pour éviter les troubles que nous avons déjà énumérés : enrrouement, hemmage, toux, dysphonie, l'orateur et tous les professionnels de la parole doivent apprendre à utiliser le jet expiratoire. Combien font un grand effort, se fatiguent, crient haut, se contractent, en quelque sorte, parce qu'ils ne savent pas se servir de leur organe.

Une grande inspiration doit précéder chaque phrase, et l'air doit être *utilisé graduellement* au fur et à mesure du débit vocal ; on évitera ainsi la contracture exagérée des muscles glottiques, contracture qui amène rapidement la fatigue de l'organe (dysphonie).

La nécessité des *virgules* et des *e muets* se comprend aisément, ils permettent les pauses et les larges prises d'air entre chaque période.

La parole est égale, harmonieuse ; la netteté, la pureté, l'aisance dans l'émission et l'articulation dépendent de l'harmonie parfaite entre la respiration et la phonation.

Dans les *troubles de la parole*, plus accentués, certains des défauts qui se manifestent chez les sujets normaux, amènent une perturbation complète dans l'émission de la voix et même dans l'articulation des mots ; il y a des hésitations, des arrêts brusques, des faux pas.

Le *bégaïement*, en particulier, est notablement amélioré (car l'émotivité du sujet est aussi en cause) et souvent guéri par une rééducation respiratoire bien comprise ; l'insuffisance d'air est souvent manifeste, et l'on sait qu'on ne bégaie pas en chantant, pour cette raison très simple que le chanteur est obligé de faire toujours une certaine provision d'air indispensable à la vibration soutenue des cordes vocales. Certains bègues en revanche prennent assez d'air, mais lâchent tout leur souffle avant de parler.

Les sourds-muets qui apprennent à bien respirer avant d'apprendre à parler, ne bégaient pas, et si l'on a pu signaler des cas de bégaïement guéris par l'ablation des végétations adénoïdes (Grossard), il est probable que l'amélioration respiratoire due à l'intervention, a été pour beaucoup dans la guérison de ce trouble.

Jusqu'ici, croyons-nous, l'on a trop cherché uniquement dans les exercices de prononciation le remède aux défauts de la parole. Les exercices d'orthophonie seront une méthode de rééducation de la parole excellente, et donneront de meilleurs résultats si on les allie à la rééducation respiratoire. Une bonne respiration est, avons-nous vu, utile pour une élocution correcte ; il ne suffira donc pas d'apprendre aux estropiés de la parole à bien articuler, il faudra leur apprendre à utiliser le souffle expiratoire. Nous n'émettons pas seulement une opinion, nous avons pu constater l'avantage des deux rééducations menées de pair. L'observation nous a permis de noter que les faux pas se produisaient au début de la phrase, lorsque le sujet avait lâché tout son air disponible ;

l'élocution devint plus assurée après quelques exercices de respiration.

Nous avons essayé de dégager toute l'importance de l'acte respiratoire, et nous voyons que deux conditions sont indispensables à sa parfaite réalisation :

- 1° L'intégrité de la voix naso-pharyngée ;
- 2° Une dilatation suffisante du thorax portant sur les trois diamètres.

L'on ne saurait trop insister sur tout l'intérêt qu'il y a pour tous, médecins et malades, à vérifier ou faire vérifier l'état des voies respiratoires et le fonctionnement de la respiration.

Il est indispensable de bien respirer, pour le meilleur développement de l'individu, pour l'accomplissement de la fonction si caractéristique de l'homme : la parole, pour le perfectionnement de cet art si délicat qu'est le chant.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNIER (P.). La voix, sa culture physiologique, Paris, 1907.
- BOUDIN (Et.). Les troubles de la parole (causes et remèdes), Paris, 1906.
- FOY (R.). Imperméabilité fonctionnelle nasale (*Bulletins et mémoires de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, 1908).
- GARNAULT. Voix chantée et parlée, 1896.
- GROSSARD. Bégaiement et végétations adénoïdes (*Archives internationales de laryngologie et Bulletins et mémoires de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*, 1903, tome XXX, p. 320).
- GROSSARD et KAUFMANN. Des complications de l'adénoïdectomie (rapport présenté au congrès de la société française d'oto-rhino-laryngologie : Congrès du 8 mai 1911). Voir *Bulletins et mémoires de la Société*.
- JOAL. La respiration dans le chant, 1893.
- LERMOYEZ (M.). L'examen fonctionnel du nez. Rhinométrie, olfactométrie. La rhinométrie clinique (*Presse médicale*, n° 91, 11 nov. 1905, p. 729-731).
- LUBET-BARBON. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Gazette des hôpitaux*, 15 juin 1889, p. 613-619).
- MENIER. *Traité des maladies du nez*. L'insuffisance nasale.
- ROSENTHAL. Gymnastique et rééducation respiratoire. *Traité des maladies de l'enfance*, tome V.
- VACHER (L.). L'insuffisance nasale (ses formes, ses causes, ses conséquences). *Presse médicale*, n° 94, 22 nov. 1905, p. 754 à 756.
-

VI. — TECHNIQUE PRATIQUE

LE COUVRE-MASTOÏDE ¹

Par **M. MIGNON** (de Nice).

Le petit appareil que je présente est simplement destiné à diminuer pendant une partie des soins post-opératoires le désagrément des bandes, qui maintiennent un pansement mastoïdien, ou d'autres moyens, qui ont aussi des inconvénients.

Les malades se plaignent généralement beaucoup plus d'avoir à supporter la partie extérieure du pansement que la gaze nécessitée par la plaie ; ils sont encore plus incommodés quand il fait chaud. On doit donc réduire le pansement au minimum, et le rendre facile à placer et à enlever, non pas tout à fait au début alors que la plaie est largement ouverte et facilement infectable, mais au bout de quelques jours (dix à quinze jours environ), lorsque les tissus ont déjà nettement commencé à bourgeonner.

L'appareil que j'ai fait exécuter d'après mes indications par M. Bonnet, chirurgien-dentiste à Nice, est une pièce prothétique en caoutchouc vulcanisé, construite par les mêmes procédés que les pièces dentaires, après moulage d'une empreinte prise sur la région mastoïdienne du sujet lui-même, si possible ; on peut du reste admettre qu'un appareil fait selon les données moyennes de l'anatomie répond généralement aux conditions voulues. Cette pièce protectrice qui doit recouvrir exactement la plaie mastoïdienne et la région périphérique est munie d'une sorte de languette courbée, ou de crochet de même substance, permettant l'appui sur le pavillon de l'oreille ; naturellement chaque côté de la tête exige un appareil différent. Le bord antérieur de l'appareil doit être plus ou moins échancré, selon les dispositions de l'oreille. L'appareil tient seul en place, s'il est bien construit pour le sujet qui le porte ; si l'on veut obtenir une protection plus exacte, on peut le maintenir par un simple caoutchouc ou un petit ruban qui entoure la tête, ou par le fil d'une perruque ou d'une transformation, s'il s'agit d'une dame. On peut aussi fixer l'appareil sur la région et faire un pansement tout à fait occlusif au moyen d'une bande de toile caoutchoutée, ou d'une gaze imbibée de collodion, qui le maintient plus exactement en place si c'est nécessaire, cette bande étant changée à chaque pansement.

1. Communication à la Société française d'oto-rhino-laryngologie. Paris mai 1912.

Avantages. — Pansement léger, facile à placer et à enlever, bien protégé quand même, résistant aux chocs et surtout très peu visible. Appareil lavable et stérilisable par solutions antiseptiques, pouvant servir régulièrement jusqu'à la guérison.

Inconvénients. — Pourrait se déplacer et risquer de découvrir la plaie, ou la protéger moins bien que le pansement classique avec des bandes ; mais on peut éviter cela en fixant l'appareil par une bandelette en caoutchouc, ou en ajoutant à certains moments une bande de pansement, pour empêcher tout déplace-



ment pendant le sommeil ou dans les circonstances spéciales (voyage, exercices physiques, etc.) ; il n'y a donc pas là de véritables inconvénients.

Indications. — Surtout pratique pour les femmes qui cachent complètement l'appareil et même le maintiennent plus exactement appliqué au moyen des cheveux ; répond mieux que tout autre moyen aux exigences de l'esthétique. Pour les opérés hommes, il peut être aussi utile, et maintenu s'il y a lieu avec un entourage en caoutchouc, en collodion, ou par un ruban élastique, comme nous l'avons indiqué.

Contre-indications. — Doit être évité pour les plaies mastoïdiennes trop récentes ou très infectées ; doit aussi être évité chez les enfants trop turbulents.

J'ai pansé par ce procédé plusieurs de mes opérés, qui en ont été très satisfaits ; je n'ai pas eu lieu de rencontrer des objections, qui obligent à renoncer aux avantages de cet appareil de pansement, que l'on peut faire en diverses substances, de préférence en aluminium. L'emploi de ce métal présente sur le caoutchouc l'avantage de la solidité, de la légèreté et de la stérilisation, facile par une simple ébullition au moment de chaque pansement ; on peut, par un vernis, donner à la face externe la couleur des cheveux pour la rendre moins visible. Afin d'éviter des explications complémentaires, je crois pratique de désigner ce petit appareil sous un nom spécial, le *Couvre-mastoïde droit ou gauche* selon l'oreille qui doit recevoir le pansement.

VII. — PHONÉTIQUE

I

ESSAIS SUR LA VOIX

(Suite.)

Par **A. THOORIS** (de Paris),

Assistant au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France,
Chef des travaux à l'École pratique des Hautes Études.

Mouvements des mâchoires.

Le mouvement des mâchoires se révèle à la vue par le rapprochement ou l'écartement des dents. Comme le mouvement des dents est souvent parallèle à celui des lèvres, beaucoup de professeurs de chant et d'élèves sont convaincus que le mouvement des mâchoires et le mouvement des lèvres concourent au même effet de varier les dimensions orificielles du résonateur buccal. Il convient donc d'étudier le mouvement des mâchoires puis comparativement le mouvement des mâchoires et celui des lèvres. Cette étude portera sur les voyelles et les consonnes en voix chuchotée et voix haute. On emploiera comme méthode l'inspection, la mensuration et l'exploration expérimentale.

On remarquera que les dents supérieures et inférieures ne se trouvent pas sur un même plan vertical. Même quand les mâchoires sont fermées, l'arcade dentaire inférieure protégée par le tonus de ses masséters contre les effets de la pesanteur est, dans l'immense majorité des cas, en retrait de l'arcade supérieure. De là une difficulté dans l'inspection et la mesure. En effet, pour apprécier de l'œil l'écart des dents, il faut regarder de bas en haut, ou les petits écarts passent inaperçus. Même avec le viseur de Montmitonnet¹ l'œil sera trompé par un contact qui n'est qu'apparent².

1. Mémoires de la Société de linguistique, 26 oct. 1897, cités par Roussetot.

2. La mâchoire supérieure fait partie du massif facial et est immobile. La mâchoire inférieure est au contraire douée d'une très grande mobilité, grâce à sa musculature et aux articulations bi-condyliennes dont la disposition favorise ses mouvements. La mâchoire inférieure est susceptible de mouvements d'abaissement (*à*), d'élévation (*t*, *d*), de projection (*s*, *z*), de retrait (*fo*), de mouvements latéraux de circumduction et de déduction (imitation du miaulement). Ferrein a montré, en 1744, que le maxillaire ne tourne pas autour du grand axe des condyles, mais d'un axe idéal passant par les trous d'entrée des conduits dentaires intérieurs. Il en

Regarde-t-on de bas en haut au contraire, on verra une lumière encore très appréciable entre les deux bords dentaires dont l'un est en avant de l'autre. Cette disposition des dents ne permet pas l'usage des compas à vis micrométrique pour les mesures d'écart; on a eu recours à l'emploi d'un pied à coulisse gradué en demi-millimètres et muni de branches effilées. Pour la mesure des faibles distances, il faut renverser le compas à coulisse et le tenir obliquement de bas en haut et d'arrière en avant dans le P.V.S.F.

OBSERVATION I. — Marthe T., 30 ans. Soprano dramatique. Émet correctement dans le médium la série des voyelles avec leur nuance, chacune de ces nuances étant toutefois légèrement aggravée en voix chuchotée, comme c'est le cas chez toutes les personnes natives du Nord. En voix chuchotée :

Écartement des dents en centimètres.

à	1,25	a	1,7	á	2,4	ã	2,4
è	2,6	æ	1,6	ô	2,3	ê	2,6
e	0,7	æ	1,15	o	1,7	õ	1,6
é	0,5	æ	0,4	ó	1,4	ẽ	1,6
i	0,4	u	0,1	u	0,6		
í	0,05	ú	0,08	ú	0,45		

Les mesures ont été exactement les mêmes relevées dans la voix haute en sol³. Nous insistons sur cette constatation. *L'écart des dents pour une voyelle donnée a été le même en voix chuchotée et pour telle note du médium.*

OBS. II. — M^{lle} V., 24 ans. Chante depuis l'âge de 18 ans. Soprano aigu. Élève au Conservatoire. Même écartement des dents pour à, a et á. A l'aigu pour à, toutes les dents supérieures incisives se découvrent, on n'en voyait que le bord inférieur dans le grave. Le tiers inférieur des dents inférieures se découvre dans l'aigu. Pour a, même phénomène, mais les deux dents médianes se découvrent. Pour á, les dents médianes se découvrent plus à l'aigu, mais on assiste à un grand effort d'ouverture des lèvres qui se manifeste par un froncement du menton. Voici donc des exemples manifestes d'écartement des lèvres indépendant de l'écartement des dents, même pour les voyelles les plus ouvertes.

résulte que le menton ne peut s'abaisser qu'en se portant en arrière et que l'angle de la mâchoire, dans ce mouvement, se rapproche de l'apophyse mastoïde. Un phénomène inverse se produit dans le mouvement d'élévation. La mâchoire inférieure est susceptible d'un mouvement d'arrière en avant pouvant atteindre 5 à 6 millimètres. En ce cas, le bord dentaire inférieur vient prendre le contact du bord dentaire supérieur et même le dépasse. Un léger mouvement d'avant en arrière de quelques millimètres est possible.

OBS. III. — M^{lle} W. Falcon. Voix haute.

Écartement en centim.				
voyelles		do ³	do ⁴	
à		1,61	1,98	
è		1,32	1,92	
e		0,52	1	
é		0,3	0,6	
i		0,2	0,5	
î		0,45	0,2	
Écartement vertical des lèvres			Écartement horizontal (Distance des commissures)	
à	2,6	2,8	4,5	4,6
è	2,49	2,95	4,4	4,55
e	1,8	2,05	4,7	4,5
é	1,8	2,05	4,6	4,6
i	1,6	1,81	4,8	4,8
î	1,6	1,95	4,7	4,72

Nouveaux exemples de l'indépendance relative de l'écartement des mâchoires et de l'écartement des lèvres.

OBS. IV. — M^{lle} L. Soprano dramatique. (Voir nos films.) Le passage à l'aigu découvre les dents supérieures pour les à et les dents inférieures pour les è, les dents supérieures et les dents inférieures pour les i. Les dents se découvrent davantage, quand les voyelles sont prononcées *avec des consonnes* que lorsqu'elles sont prononcées *isolées*. (Voy. film: « Je suis une soprano dramatique ».)

La méthode expérimentale nous permet d'enregistrer les mouvements des mâchoires au moyen de l'explorateur des lèvres de Rousselot. (Voir fig. 1.) Nous avons enregistré (voy. fig. 5 n° précédent) toujours à la même vitesse l'écartement des incisives pour les trois séries vocaliques, la série á ò ó u et û se distinguant des deux autres séries par un champ d'excursion moins étendu et par une ligne de niveau moins élevée; cela signifie que les mâchoires varient ici moins d'écartement et qu'en tous cas elles ne se rapprochent jamais autant que pour les deux autres séries. On peut se rendre compte de ce phénomène en plaçant entre les dents de petits cubes qui en maintiennent l'écartement, cet écartement n'empêchera l'émission d'aucune voyelle de la 3^e série; au contraire, avec ces cubes, la formation des é, ê, u et î serait impossible.

On est à même de critiquer maintenant dans une certaine mesure les indications de Lefort relatives à l'ouverture du résonateur buccal.

« Il faut », dit cet auteur, « ouvrir la bouche graduellement dans la gamme en abaissant d'un degré la mâchoire à chacune des voyelles

des 3 groupes vocaliques que possède la langue française. Chaque voyelle exige qu'on agrandisse le canal buccal à chaque note ascendante et qu'on diminue la capacité graduellement quand les sons descendent.

« Les premiers physiiciens français étaient de cet avis, mais Helmholtz, König et Donders enseignèrent que l'ouverture de la bouche était fixe et que les diverses capacités étaient invariables. Il faut au contraire modifier la capacité à chaque note ascendante ou descendante.

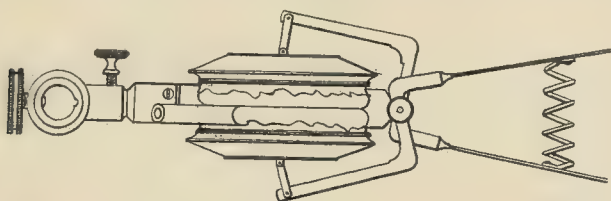


FIG. 1. — Explorateur des lèvres et des mâchoires de Rousselot (profil). Le ressort a été ajouté. Les extrémités non figurées ont été pourvues d'encoches pour épouser la forme des lèvres ou des dents.

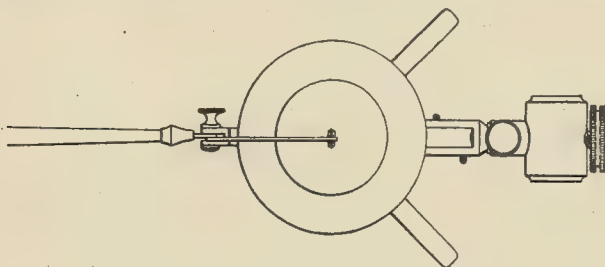


FIG. 2. — Le même (Vu de dessus).

Ainsi cette capacité a toujours une caractéristique qui se combine avec les harmoniques de la note qu'on chante (?). La modification de la capacité de la bouche a encore cet avantage de supprimer l'effet désagréable du passage d'un registre à l'autre. La forme¹ de la bouche décide du timbre et la capacité de la hauteur. Helmholtz produit un *u* avec un gros résonateur correspondant à *fa*², mais l'*u* d'Helmholtz est un bourdonnement qui n'a pas de rapport avec la voyelle chantée, car c'est elle justement qui exige l'une des moindres capacités buccales. »

1. Qu'entend-on ici par forme de la bouche? Entend-on par là la dimension artificielle absolue? Pense-t-on que deux degrés égaux d'ouverture se traduiront toujours par les mêmes contours et que les mêmes aires entraînent les mêmes formes? L'ouverture d'un *i* de forme différente décolle d'un *o* pourra à une certaine hauteur avoir cependant le même degré d'ouverture absolue.

On trouve dans ce résumé des idées de Lefort, des traits communs aux schémas de ses ouvrages, à nos films et à nos observations. Mais on relève d'autre part des imprécisions et des inexactitudes. On verra, par exemple, dans notre étude du timbre, que la *capacité du résonateur* joue un rôle aussi important que le *degré d'ouverture*. Sans doute l'écartement des lèvres augmente souvent avec l'écartement des dents mais la progression n'est jamais strictement parallèle. L'écartement des dents est souvent très en retard sur l'écartement des lèvres, surtout dans les voyelles où la distance verticale augmente le plus par rapport à la distance horizontale ; c'est ainsi qu'on ne trouve aucun rapport directement proportionnel entre les distances qui séparent les dents et les distances qui séparent les lèvres dans l'émission des *o* et des *u*. Une étude attentive de tout ce qui a été dit dans ce chapitre nous permet de poser comme exprimant très approximativement la réalité la proposition suivante : *L'effet principal de l'écartement des mâchoires retentit sur la capacité du résonateur et l'effet principal de l'écartement des lèvres retentit sur les dimensions de l'orifice.*

Le trait concernant l'*u* d'Helmoltz est inspiré par une méconnaissance du mécanisme intérieur de cette voyelle. Les voyelles *à*, *o* *u* et *û* sont de plus en plus graves, cette gravité progressive ne peut tenir d'après la loi des résonateurs, qu'à trois phénomènes : 1° *diminution de l'orifice* ; 2° *épaississement de l'orifice* (Lefort n'en parle point) ; 3° *augmentation de la capacité*. Cette augmentation de la capacité pour la voyelle *u* a échappé à Lefort, parce qu'il a cru sans doute que l'écartement des dents diminuait à mesure que les lèvres se rapprochaient, il suffit de se mettre le doigt entre deux molaires et d'émettre la voyelle *u* pour se rendre compte que l'écartement des mâchoires favorise plutôt qu'il n'entrave la formation des *u*. Nous verrons d'ailleurs que la capacité du résonateur est encore augmentée, dans ce cas, par d'autres mécanismes dont l'étude viendra à son tour ¹.

(A suivre.)

1. La citation de Leduc (voy. *Arch. internat.*, t. XXXIII, n° 3, p. 846) est empruntée aux comptes rendus de l'Association française pour l'avancement des Sciences : Sur un moyen de faire résonner les cavités sonores, 1899.

LA VOIX DANS L'ENSEIGNEMENT

*(Suite et fin.)*Par **Pierre BONNIER** (de Paris).

Est-il donc possible de fixer quelques données pratiques de culture de la voix professionnelle, particulièrement pour l'enseignement ? Rien n'est plus simple.

L'homme ne parle pas pour parler, il parle pour dire *quelque chose*, et surtout il parle pour dire quelque chose à *quelqu'un*. Et ce quelqu'un est *quelque part*.

C'est cette donnée, dans toute sa naïveté, qui ne devrait jamais sortir de la pensée de ceux qui s'occupent de voix. La voix est un geste comme nos autres gestes ; elle nous permet de mettre en vibration à distance telle personne, tel auditoire que nous voulons saisir par cette communication sonore, et comme pour tout geste, c'est le but qui oriente automatiquement notre effort. Je ne parle pas pour me mettre moi-même en vibration, pour m'influencer par ma propre sonorité ; je parle pour communiquer à mon semblable cette même vibration qu'éveille en moi ma pensée. Si telle pensée fait naître en moi telle vibration, selon la langue que je parle, je sais que cette même vibration, communiquée à une autre personne, va l'animer mécaniquement de la même pensée. C'est tout le langage.

Ce geste sonore nous permet d'atteindre à une grande distance ceux à qui nous parlons, de les saisir moralement comme nous voulons les saisir, et de les animer directement de notre propre pensée. Seulement, tandis que pour les autres gestes qui nous permettent de saisir à distance, la main est conduite par l'œil, c'est ici l'oreille qui va conduire notre voix. Ce mécanisme de la projection vocale, merveilleux en lui-même, et d'une étude passionnante pour le physiologiste, est nettement automatique, et nous l'exploitons incessamment sans y songer.

Notre oreille a fait l'éducation de notre voix ; c'est elle qui dirige ses intonations, ses intentions, sa force, sa hauteur, son timbre, ses moindres nuances : c'est elle aussi qui dirige sa portée. Il nous suffit de penser à une chose pour trouver le mot qui l'exprimera, d'y penser d'une certaine façon pour donner au mot une expression immédiatement comprise de notre auditeur ; il nous suffit

également de penser à nous faire entendre de telle personne placée à telle distance pour que notre voix atteigne immédiatement cette personne et applique sur elle notre geste vocal.

C'est donc littéralement en pensant à transporter notre pensée sur notre auditeur, en pensant directement en lui, que notre voix va l'atteindre. Et c'est ainsi que, tout enfant, nous avons appris à parler ; c'est en plaçant des mots sur des choses que le langage s'est pratiquement développé en nous. Le langage est primitivement objectif.

L'homme qui parle en s'écoutant de près parler parle mal, parce qu'il parle pour lui. Sa voix ne porte pas. L'homme qui parle en suivant en lui-même sa pensée parle mal aussi, car il parle encore pour lui. Seul, l'homme qui suit sa propre pensée dans son auditeur met sa voix au point, sa voix devient le geste sonore qu'elle doit être.

Ce qui revient à dire, en raccourci, et sous une formule un peu elliptique, que *notre voix va où nous pensons*.

L'expression de notre visage, le geste qui accompagne notre parole, la portée même de notre voix, tout cela varie ostensiblement selon que nous cherchons en nous notre pensée, ou que nous la cherchons dans notre auditeur. Le regard de l'homme qui veut pénétrer son auditeur le pénètre en réalité, son geste le saisit, sa voix l'enveloppe, tout chez lui est centrifuge comme sa pensée elle-même. Au contraire, chez l'homme qui pense en lui-même, qui cherche, en parlant, à se définir à lui-même sa pensée sous forme verbale, le regard devient flottant, se perd, ne pénètre plus ; le geste ne vise plus, souvent il se retourne vers l'orateur, il se perd comme le regard ; la voix ne sort plus, ne va plus nulle part, elle rentre dans le parleur comme s'il se parlait à lui-même, tout en lui devient centripète, comme sa pensée elle-même. Le quelqu'un à qui il s'adresse, c'est lui ; le quelque part où s'appuie son geste vocal, c'est lui.

Or, il est facile de voir, en étudiant les divers procédés par lesquels les professeurs de chant et de déclamation parviennent en si peu de temps à détruire les voix les plus naturellement solides, que c'est précisément par cette désorientation, par ce télescopage de la voix qu'ils y arrivent le plus sûrement.

Un élève de chant ou de déclamation qui se destine au théâtre devra, sans effort, animer de vibrations sonores des salles dont la capacité atteint souvent *cent mille* mètres cubes. On pourrait supposer que les élèves sont naturellement exercés à conduire, à exercer, à développer leur voix dans des salles de ces dimensions, à habituer leur oreille à aller contrôler le travail vocal à

la distance où celui-ci devra atteindre et saisir le public. Si les peintres, les sculpteurs éprouvent le besoin d'un grand atelier pour obtenir devant leur travail le recul sans lequel l'œil ne peut juger, rectifier le travail de la main, à plus forte raison, le travail vocal, opérant sur une masse d'air infiniment plus considérable que n'importe quelle toile, que n'importe quel bloc de terre, exigera, pour l'oreille qui dirigera la voix, les conditions d'un recul, d'une adaptation consciente aux sonorités de la salle où se réalisera l'œuvre d'art qu'est le chant, la déclamation. Les grandes salles de spectacle ne manquent pas qu'on pourrait utiliser à certaines heures, et tout conservatoire devrait au moins avoir un atelier où les voix pourraient travailler à l'échelle de l'exercice professionnel auquel on les destine. Il n'en est rien.

Les salles dans lesquelles se forment et se déforment les jeunes voix que les conservatoires sont sensés préparer pour la scène n'ont jamais *cent* mètres cubes de capacité. La voix des élèves y travaille à l'échelle d'un *millième*. Lorsqu'après plusieurs années de cet entraînement à contresens, on les lâche enfin, pour leurs concours, dans une salle de dimensions normales, tout est pour eux à apprendre; l'oreille, non habituée à conduire la voix à sa destination légitime, se perd dans le vide de la salle, et l'élève est absolument incapable de conduire son geste vocal dans l'espace qu'il doit animer. En revanche, pendant ces années d'apprentissage, on l'a entraîné à respirer, non comme un homme dont la voix doit porter au loin, se faire grande et se calibrer à coup sûr aux dimensions d'une salle de spectacle, mais comme un homme qui doit faire en lui-même et tout près de lui le plus de bruit possible. On l'a habitué, non à faire vibrer une salle et les auditeurs qu'elle contient, mais à se faire vibrer lui-même, à faire vibrer telle partie de lui-même. Vous penseriez que son maître lui dira : « Allez écouter là-bas, où se trouvent vos auditeurs, ce que va y faire votre voix, car c'est là qu'elle va opérer, là est l'enclume sur laquelle vous la forgez. Que votre oreille, tendue vers le point où doit agir votre voix, la conduise comme votre œil conduirait votre geste si vous deviez y jeter une pierre. Pensez d'avance là où doit aller votre pensée sous forme sonore, fixez toute votre volonté sur l'espace qu'elle doit animer. » Ce serait trop simple. Le professeur dit à l'élève : « Ecoutez — ou plutôt écoute, car le professeur se fait appeler Maître, et tutoie ses élèves — écoute ta voix sonner en toi, dans ta poitrine, dans ton masque, sens-la vibrer dans ton nez, sur ton palais, dans ton crâne, apprends à former les

sons en fermant la bouche, à faire sortir ta voix d'entre tes yeux. » De sorte que, lorsque l'élève est enfin appelé à porter sa voix dans une salle de trente, de cinquante mètres de profondeur, il y a plusieurs années qu'il travaille stupidement à la tasser dans l'espace qui va de son larynx à son palais, à chercher à garder en lui cette voix qu'il devrait savoir faire porter à volonté à n'importe quelle distance. Il est comme l'apprenti tireur qui aurait passé des années à étudier les diverses positions de la visée, en regardant soit la crosse, soit la gâchette, soit le canon de son arme, sans avoir une fois songé à regarder le but. Une voix d'opéra doit pouvoir porter sûrement ses moindres effets à une distance de cinquante mètres : elle est entraînée à viser le palais du chanteur, à s'enfermer dans ses fosses nasales, à quelques centimètres seulement de son point de départ.

Les résultats de cet entraînement réellement criminel, contre lequel aucune loi ne protège le travail vocal et la santé de tant de jeunes sujets, ces résultats ont été de ruiner en peu d'années l'art du chant en France ; et le fléau s'est d'autant plus rapidement propagé que les éclôpés de l'enseignement vocal doivent bientôt, pour vivre, se faire professeurs à leur tour, et propager le même enseignement meurtrier.

Dans nos théâtres de déclamation, on entend de moins en moins. Dans les théâtres de genre et de comédie, les acteurs appréciés du public sont ceux qui ont pratiqué l'opérette ou le café-concert, car ceux-là ont dû savoir se faire entendre, et ont d'ailleurs gardé l'habitude de chanter, de parler, de jouer, de penser dans la salle, dans le public. La réforme d'Antoine, en concentrant toute la vie sur la scène, a eu ce déplorable effet, à côté d'incontestables avantages, de retirer de la salle la voix des acteurs, et de forcer le spectateur à venir lui-même écouter et penser sur la scène, au lieu d'attendre, dans le fauteuil où il est fixé, que l'acteur vienne parler et penser en lui, comme dans l'ancien théâtre. Aussi une soirée de théâtre est-elle maintenant une fatigue physique que l'on affronte de moins en moins volontiers. On va voir une pièce, on ne va plus l'entendre.

Peu de voix peuvent actuellement chanter, non pas seulement la musique classique, mais même la musique dont il raffolait il y a cinquante ans. Il en est de même pour la déclamation et pour le drame.

Il faut donc se féliciter de ce que l'enseignement de la voix professionnelle ait été totalement négligé dans les écoles normales. L'aphonie y serait actuellement endémique. Le malheur veut que les laryngologistes n'aient jamais plus étudié la physio-

logie et la pratique de la voix professionnelle, que les professeurs de chant n'ont songé à étudier, je ne dirai pas la physiologie de la voix, mais les conditions de son développement et de sa conduite dans les grandes salles.

Ce travail que j'ai pu si facilement poursuivre, pendant six années, c'est-à-dire étudier expérimentalement dans une grande salle les voix les plus diverses, au point de vue physique, physiologique, esthétique, psychologique, et aussi professionnel, tout laryngologiste aurait pu le faire avec moi, ou comme moi, tout professeur de chant ou de déclamation eût pu également s'y attacher par ses propres moyens plus ou moins scientifiques. Le sens de la recherche scientifique, le besoin de savoir, celui qui pousse à apprendre, ce besoin manque à ceux qui se disent des maîtres et qui se doivent, devant leurs élèves, de tout savoir sans jamais apprendre.

Il faut donc nous féliciter réellement de ce que la voix des scolaires et des normaliens soit encore restée en friche, tant eût été grand le danger de les confier à ceux qui ont si profondément ruiné en France les voix de théâtre.

*
**

Mais on ne peut non plus en rester là. Il importe à des millions d'enfants, à toute la nation de demain, il importe aussi à des milliers de professionnels de l'enseignement, que la voix soit, dans les écoles normales, l'objet d'une culture à l'égal des autres aptitudes professionnelles. Je dirais volontiers *plus* qu'à l'égal des autres aptitudes. Un professeur sortant d'une école normale en sait toujours assez pour ce qu'il doit enseigner aux enfants qu'on lui confie. Il semble qu'en matière d'enseignement la quantité doive l'emporter sur la qualité. Que nos professeurs enseignent moins, mais qu'ils enseignent mieux. Le meilleur enseignement, fourni par des moyens physiques insuffisants, ne vaudra jamais un enseignement même médiocre servi par des moyens de pénétration active, saisissant par les sens en même temps qu'ils sollicitent l'intelligence. Jadis, pour enseigner, il fallait peu de science, mais une belle écriture, et une belle et bonne voix, pour chanter au lutrin. On aurait bien dû garder la belle et bonne voix pour faire du professeur l'orateur pour enfants que doit être un bon enseigneur.

Il n'est pas nécessaire, pour développer une voix, et pour l'adapter aux exigences professionnelles, qu'il s'agisse du théâtre ou de l'enseignement public, de connaître l'anatomie et la physiologie, mais il faut savoir ne pas s'écarter des conditions physiques et physiologiques. Cela, on ne peut le faire impunément.

Que dans les écoles normales, les maîtres s'habituent à noter, à argumenter les exercices des élèves non seulement au point de vue de la forme et du fond, mais aussi en se plaçant au point de vue des futurs élèves qui devront entendre et comprendre, au point de vue du jeune public sur lequel devra directement et nettement porter cet enseignement oral. Que les élèves entre eux s'accoutument à exiger les uns des autres la sonorité active sans laquelle l'enfant sera forcé de faire, avec sa tension auditive, le chemin dans l'espace que la voix et la pensée du professeur n'auront pas fait.

Que l'apprenti professeur s'astreigne à penser en quelque sorte loin de lui, dans son auditoire, avec le recul qui seul permet d'adapter l'œuvre vocale à son but. Qu'il sente sa pensée objectivée devant lui, qu'il étale et dispose dans l'espace où opère sa voix, où sont les oreilles et les cerveaux qu'elle doit saisir, cette pensée comme s'il la mettait en scène. Il verra ainsi en quelque sorte son idée prendre forme objective ; elle se prendra forcément en une plastique saisissable, que la sonorité de la voix, animée de la même plastique, douera d'une puissance de pénétration immédiate. Il suffit de regarder un homme qui veut en persuader un autre, pour constater que son regard, son geste, sa voix, sa pensée sont réellement appliqués sur l'auditeur. Il pense littéralement en lui, comme si sa pensée, à l'autre bout de la voix, travaillait directement dans le cerveau de celui qui écoute.

Plus la salle dans laquelle on parle est grande, plus est facile cet envoi de la pensée sous forme sonore, verbale, dans les limites naturelles de la voix, bien entendu. Celui qui parle ou chante ne sent plus en lui la charge, le frottement de sa voix au départ ; il lui semble que sa voix se forme toute seule dans la salle, que c'est sa pensée qui prend toute seule cette forme sonore. Aucune gêne, aucun effort. Et cela tient en fait à ce que plus nous allons d'avance écouter notre voix loin de nous, plus elle se forme dans les régions antérieures de l'appareil buccal. La salle est devenue l'une de nos cavités de résonnance, la plus grande et la meilleure, et cela, automatiquement. En regardant, à distance, la personne à qui je parle, à un mètre, à dix mètres, à cent mètres, j'accommode ma vision, mon regard à ces mêmes distances, et cette accommodation, extrêmement précise, est d'un mécanisme qui s'exerce inconsciemment. En même temps, comme je vise cette personne de ma voix, mes oreilles accommodent tout aussi inconsciemment à la même distance : mon ouïe donne rendez-vous à ma voix au point de l'espace où elle doit toucher mon auditeur. L'oreille vise le point où doit aboutir

tir la projection vocale, comme mon œil, tout en fixant le but, dirigerait derrière moi le mouvement du bras qui doit y jeter une pierre. Et mon appareil vocal, qui n'obéit qu'à mon ouïe, accommode son effort de projection de façon à aller mettre directement en vibration la personne visée. Si je ne regarde pas cette personne, il me suffira de penser à elle, de la situer, par la pensée, en certain point de l'espace, pour que mon oreille y dirige automatiquement ma voix. De plus, cette voix, avant tout buccale, est la moins fatigante et le plus à l'abri des troubles, maladies et surmenages.

Au contraire, si je ne pense pas à mon auditeur, si, préoccupé de ma pensée, ou du mécanisme de ma voix, je ramène vers moi ma pensée et mon attention, mon oreille cesse de viser le point de l'espace où se trouve l'auditeur, et revient écouter ma voix à son point de départ. Ma voix quitte alors mon auditeur, qui se sent abandonné par tout mon geste vocal, et qui doit, s'il veut m'entendre, venir, de toute son ouïe et de sa tension auditive et intellectuelle, chercher ma voix et ma pensée en moi, où je les ai enfermées. Non seulement ma voix perd alors sa destination objective, non seulement elle perd sa plastique extérieure, mais elle quitte aussi la résonnance que lui prêtait la salle, pour ne plus prendre de sonorité que dans mes cavités vocales propres, ce qui la rend obtuse, étouffée, sourde et courte. Si j'ai l'habitude de parler ainsi en sentant voix et pensée s'agiter en moi, ma voix, privée de ses facultés d'expansion active, devra, pour être quand même entendue, se durcir, se forcer, s'épaissir, bref, grossir au lieu de grandir, comme elle le ferait en se portant au loin. Cette pratique de la voix forcée et courte est tout à fait dangereuse, car elle exige que tout l'effort vocal se fasse au niveau des parties profondes et postérieures de l'appareil vocal ; elle demande plus de souffle, d'effort musculaire, et la glotte se durcit, se déforme, se charge de durillons. C'est ce genre de voix que prenaient instinctivement soixante pour cent des futurs instituteurs et institutrices que j'ai examinés.

Cette voix fatigue donc le parleur. Elle fatigue aussi l'auditeur, car au lieu de sentir venir à lui et en lui la voix et la pensée du maître, il doit tendre vers elles son accommodation auditive, effort musculaire fatigant, et aller chercher loin de lui cette pensée que la voix du maître devrait placer directement en lui, auditeur. De plus cette voix et cette pensée ont perdu toute plastique, toute mise en scène capable de l'imposer aux sens en même temps qu'à l'intelligence. L'auditeur doit aller en quelque sorte lire avec ses oreilles cette pensée que le maître ne sait pas

étaler devant lui sous forme sonore. L'esthétique et la psychologie de la voix, la plus belle œuvre d'art qu'il soit donné à l'homme de réaliser par ses propres moyens, sont donc stérilisées, négligées, et cela, devant un auditoire d'enfants chez qui le savoir doit, plus encore que chez l'adulte, pénétrer dans l'*intellectus* par le *sensus*.

L'appareil vocal est tout à fait comparable à un appareil de projection, c'est une lanterne magique pour projections sonores.

La sonorité se forme sur notre glotte comme la lumière sur la mèche de la lampe. Les parois tendues du pharynx et du gosier concentrent et renforcent cette sonorité comme les parois de la lanterne concentrent et renforcent la lumière de la lampe. Le passage de la sonorité dans la cavité gutturale, buccale, dont la forme et la tension des parois sont si variables, transforme et distribue cette sonorité, l'articule comme le cliché transforme et distribue le rayon lumineux qui le traverse ; le travail buccal, surtout dans sa partie antérieure, transporte cette sonorité articulée à distance, en saisissant plus ou moins profondément la masse d'air placée au-devant d'elle, comme l'objectif va porter l'image plus ou moins loin dans l'espace. L'analogie est assez complète. On conçoit qu'il sera aussi absurde de chercher à faire porter sa voix à distance en la grossissant que de vouloir faire porter l'image plus loin en augmentant la lumière, quand il suffit d'une simple mise au point soit de l'objectif buccal, soit de l'objectif de la lanterne. Et quand nous cherchons cette mise au point, regardons-nous tourner le bouton de l'objectif ? Non, nous regardons au loin, sur l'écran, à la distance voulue, si l'image s'y fait plus ou moins nette. Quand l'image est nette, nous savons que l'objectif est réglé pour la distance convenable. De même, pour faire porter notre voix sur un auditoire, dans une salle, allons-nous nous occuper de faire résonner notre voix plus ou moins fort dans telle partie de notre appareil vocal ? Pas davantage, nous allons d'avance diriger notre audition vers l'auditoire, dans la salle : quand nous entendons notre voix résonner dans la salle, saisir l'auditoire, c'est que la mise au point a été bonne.

C'est donc l'éducation de l'oreille qu'il faut entreprendre. Il faut s'habituer à lui confier la conduite de la voix pour la portée comme nous le faisons pour la justesse, la beauté, la force et l'expression. C'est l'oreille qui fait la voix du chanteur et du parleur, comme c'est l'œil qui fait la main du peintre et du dessinateur.

Il est aussi stupide et aussi dangereux de retenir l'audition et

l'attention du chanteur au voisinage de son appareil sonore, ou pis encore, comme les professeurs le font couramment, à *l'intérieur même de l'appareil vocal*, qu'il serait absurde de recommander à un apprenti peintre de ne pas perdre des yeux sa palette ou le manche de son pinceau, quand il peint. Le tableau que réalise notre voix, il est dans l'auditoire, et pas ailleurs. C'est dans l'auditoire qu'il doit aller se former, s'appliquer. C'est dans l'auditoire que notre pensée doit prendre sa forme sonore achevée. L'homme qui parle, qui chante n'a pas trop de toutes ses facultés, de tous ses moyens, de toute son attention pour aller surveiller dans son auditoire la réalisation de sa projection sonore et psychique. Dès qu'un orateur, dès qu'un chanteur ou un acteur distraient un instant leur attention du but même de leur projection sonore et mentale, l'auditoire cesse d'être touché, tenu par la voix, par la pensée, qui deviennent flottantes, perdent leur véritable appui extérieur, leur but, et rentrent bientôt dans l'appareil vocal, dans l'appareil pensant qui leur a donné naissance. C'est ce télescopage de la voix et de la pensée que nos maîtres à chanter et à dire infligent couramment à leurs élèves, et à leur auditoire. Ce retrait illogique et néfaste de la voix a en effet pour résultat immédiat de faire de l'auditoire un écouloir, si l'on me permet ce néologisme, que je ne tiens pas à voir prospérer.

Que cette sottise conduite des voix ait eu pour effet de détruire les voix de théâtre, de dégoûter le public de nos grandes scènes pour le rejeter vers les salles de cinématographe et le music-hall, c'est un malheur, évidemment. Qu'elle détruise encore tant de voix, de carrières et de santés, cela est inévitable tant que le travail vocal ne sera pas l'objet d'une protection comme toute autre forme du travail humain. Que l'enseignement de la voix soit confié aux ratés et aux ignorants, sans contrôle aucun, sans responsabilité, même dans les conservatoires nationaux, cela aussi durera tant que les intéressés, les malheureux qui en sont les victimes, n'auront pas senti le besoin de se défendre. Que la physiologie de la voix professionnelle soit et reste ignorée tant des laryngologistes que des professeurs de chant, cela encore durera, comme je l'écrivais au début de ma campagne, tant que la voix ne sera pas devenue l'objet d'un sport à la mode. Mais ce sont là de petits maux.

Ce qui ne devrait plus être, c'est que des millions d'enfants soient soumis dans nos écoles à un enseignement dans lequel l'outil professionnel du maître, sa voix, n'a pas été contrôlé, cultivé, trempé pendant les années d'apprentissage professionnel

de ce maître. Que soixante pour cent de ces millions d'enfants peinent à écouter, ou à ne pas écouter, ce qui est une façon encore plus déplorable de peiner, un enseignement qu'une proportion aussi considérable de maîtres ne savent pas mettre physiquement à leur portée, voilà ce qui devrait, ce qui pourrait ne pas être.

Il faut compter que, rien que du chef de ce défaut de culture de la voix professionnelle du personnel enseignant, *les deux tiers au moins de l'enseignement quotidien sont perdus*. Mais, je le répète, nous avons trop de botanistes, et pas assez de jardiniers ; et la culture morale, intellectuelle et physique des jeunes générations semble destinée à produire plutôt des fruits secs pour les herbiers universitaires, que de bons fruits, sains et vigoureux, tout prêts à donner leur graine.

VIII. — RECHERCHES HISTORIQUES

ROLE DU PROFESSEUR BÉRARD EN RHINOLOGIE

Par C. CHAUVEAU.

Le célèbre professeur de la Faculté de médecine de Paris, Bérard, qui vécut dans la première moitié du XIX^e siècle, s'est beaucoup occupé des affections chirurgicales des fosses nasales ; il leur a consacré un article important du Dictionnaire en 40 volumes, plusieurs chapitres du Compendium de chirurgie et il a fait paraître en 1837 un mémoire sur les tumeurs purulentes de la cloison dans les *Archives générales de médecine*. Nous nous proposons d'étudier autre part, d'une façon complète, son rôle en rhinologie, nous ne signalerons ici à l'attention des lecteurs de cette revue que les recherches de cet auteur sur différents points de la pathologie qui nous ont paru tout particulièrement intéressantes et originales.

Avant Bérard, les *abcès du septum* n'étaient guère connus. Ils auraient, dit cet écrivain, été signalés pour la première fois par le professeur Cloquet et décrits par Arnal, son interne, dans le *Journal hebdomadaire* en 1830, n° 95. Les trois observations qu'il rapporte auraient une assez étroite similitude avec deux de celles de Bérard.

En 1833, Fleming, chirurgien irlandais bien connu de Dublin, publia sur le sujet un travail assez étendu dans le *Journal de médecine* de Dublin.

Bérard, avant d'entreprendre la description des collections purulentes de la cloison, rapporte les deux faits qu'il a recueillis à l'hôpital de la Pitié.

« OBSERVATION I. — Cosnard Pierre, 18 ans, maçon, avait reçu quelques coups de poing sur le visage. L'un, entre autres, avait été assez fortement asséné sur le nez. Il en résulta de suite une douleur vive avec écoulement de sang. La douleur diminua peu à peu et disparut presque complètement le lendemain. Deux jours après, la douleur reparut dans le nez, elle était tensive et accompagnée de battements. Cette partie se tuméfia et devint d'un rouge assez vif. En même temps, des tumeurs se formèrent dans les fosses nasales ; elles acquirent bientôt un volume assez considérable pour gêner le passage de l'air. C'est à ce moment

que le malade entra dans mon service, le 17 nov. 1836, douze jours après avoir reçu ses blessures.

« Voici quel était son état :

« L'ouverture antérieure de chaque narine est entièrement fermée par une tumeur molle, blanchâtre, arrondie ; chaque tumeur déborde par en bas la sous-cloison, et soulève un peu en dehors la circonférence externe de la narine correspondante. A cet aspect, ma première idée, en approchant du lit du malade, fut qu'il existait deux polypes muqueux volumineux ; mais le volume et la couleur du nez appelèrent mon attention. Cet organe était au dire du blessé, presque doublé de volume : sa peau était d'un rouge vif ; cette couleur, d'ailleurs insolite, disparaissait sous la pression : toute la région du nez était chaude. Ces symptômes joints au commémoratif, me firent de suite renoncer à ma première opinion. Je reconnus par le toucher qu'il y avait de la fluctuation dans chaque tumeur : un stylet porté dans les fosses nasales, fut aisément conduit entre les tumeurs et les parois supérieure, externe et inférieure de ces cavités ; mais il fut impossible de le faire glisser le long de la cloison des fosses nasales. Il fut alors évident que chaque tumeur était formée par du liquide accumulé entre la cloison et la muqueuse qui la double.

« Une ponction avec le bistouri étant faite sur l'une des tumeurs, celle de gauche, il en jaillit aussitôt une grande quantité d'une matière séro-purulente.

« A mesure que le liquide coulait, l'une et l'autre poches s'affaissaient, et toutes deux finirent par ne plus former qu'une légère saillie sur les côtés de la cloison. Le malade éprouva de suite un grand soulagement, et l'air put traverser librement les fosses nasales. Pour prévenir la reproduction des tumeurs, l'ouverture de la ponction fut maintenue béante, en passant chaque jour matin et soir un stylet entre ses bords. Un pus lié succéda au liquide séro-purulent ; sa quantité diminua rapidement, et au bout de huit jours les deux abcès et la plaie de la ponction étaient cicatrisés.

« Pendant ce temps, le nez avait repris son volume et sa couleur naturelle. Le malade sortit alors de l'hôpital parfaitement guéri. A ce moment, la cloison ne présentait aucune saillie anormale et son cartilage était continu dans toute son étendue.

« OBS. II. — Deux mois après un homme entre dans le service avec des lésions identiques. »

Bérard pense que ces abcès de la cloison sont surtout d'origine traumatique, mais qu'ils peuvent survenir à la suite de poussées successives de rhinites, que parfois leur cause reste inconnue.

C'est alors surtout chez les sujets scrofuleux¹, chez les sujets atteints de variole et de scarlatine qu'on les observe. »

Si l'affection est traumatique², après une courte période de calme apparent, le nez se gonfle, sa peau devient rouge et tendue. « Toute la région est le siège d'une douleur vive et lancinante. » Il surviendrait alors « dans chaque narine une tumeur reposant par une base élargie, bien circonscrite sur deux points opposés de la cloison, le plus ordinairement vers la région antérieure. Le volume en est variable, tantôt petit et ne remplissant pas la narine, tantôt au contraire, la dilatant fortement et débordant notablement l'orifice antérieur du nez. Le passage de l'air est alors intercepté ». Bérard fait remarquer que le cartilage était rompu dans les cas de Cloquet, de Fleming, et les siens, de telle sorte que les deux collections pourraient communiquer librement entre elles³. Leur pus n'est pas bien lié, mais séropurulent, parfois glaireux. Ils siègent entre le cartilage perforé comme il a été dit et le périchondre. Leur ressemblance avec le polype muqueux serait tout à fait grossière et superficielle, aussi ne pourrait-on être embarrassé sur le diagnostic que lorsque l'abcès, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, siège très profondément. Les commémoratifs ne sont pas les mêmes, ni la forme de la tumeur. Le pronostic n'aurait rien de grave si on intervient à temps, sinon on pourrait craindre à la longue l'exfoliation de tout ou de partie du cartilage de la cloison. « Cette crainte est d'ailleurs hypothétique et je ne connais pas d'observations qui la justifient. » Le traitement consisterait dans l'évacuation du pus, et tout rentrerait ensuite bientôt dans l'ordre.

(*A suivre.*)

1. Abscess tuberculeux ? Ceux-ci existent parfois à la suite de carie de la cloison.

2. La variole détermine parfois des abscess survenant un peu partout quand il y a infection septique du sinus. Du temps de Bérard cette affection causait des ravages affreux.

3. Quand la scarlatine se complique de diphtérie grave du nez.

IX. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — CORPS ÉTRANGER (PIGNON DE PIN) ENCLAVÉ DANS LA BRONCHE GAUCHE. EXTRACTION PAR LA BRONCHOSCOPIE INFÉRIEURE.

Par **Ricardo BOTEY** (de Barcelone).

[Traduction par B. DE GORSSE, de Luchon.]

Le 21 octobre dernier, je vis un enfant de six ans, de Palafrugell, qui avait aspiré un pignon.

La nuit précédente, en jouant et en riant avec un pignon dans la bouche, ce dernier pénétra dans l'arbre aérien à la suite d'une brusque inspiration. Crise de suffocation des plus violentes, allant jusqu'à la cyanose, suivie de dyspnée et de malaise qui continua toute la nuit et au cours de laquelle survinrent deux accès d'asphyxie ; au matin, cette agitation de l'appareil respiratoire se calma ; c'est alors que je vis l'enfant.

A première vue, il ne paraissait pas avoir d'obstacle dans les voies aériennes. Il respirait sans dyspnée, il ne toussait pas et la voix était normale.

L'enfant déshabillé, j'attirai l'attention sur ce fait qu'il n'y avait pas le moindre tirage, ni supra, ni infra-sternal ; mais on pouvait voir que le vertex aussi bien que la base de l'hémithorax gauche ne se levait pas, ne se dilatait pas à l'inspiration de la même façon que le côté droit. A l'auscultation il y avait presque disparition du murmure vésiculaire dans tout le poumon gauche ; la percussion était normale. Il y avait de la respiration puérile compensatrice dans les trois lobes du poumon droit avec des râles sibilants en haut.

D'autre part, signe important qui n'avait pas été mentionné, l'enfant respirait parfaitement au repos, mais haletait dès qu'il courait, chose qui ne se produisait pas avant l'accident. En un mot, il avait de la dyspnée d'effort.

Une consultation avec Ribas Perdigo confirma l'existence d'un obstacle au passage de l'air dans le poumon gauche. Mes confrères Comas et Prio virent à la radioscopie « une tache sombre au niveau du 6^e espace intercostal gauche ».

Étant donnés ces quelques signes joints aux antécédents, je posai le diagnostic de corps étranger fortement enclavé dans la bronche gauche et je proposai l'extraction par bronchoscopie supérieure, et au cas où cela ne serait pas possible, par bronchoscopie inférieure.

Comme je ne pus garantir au père de l'enfant que j'enlèverai le corps étranger en un instant par les voies naturelles, ainsi qu'il se l'était figuré, il revint dans son village. Il revint le jour suivant, disposé à ce qu'on ouvrît la trachée de son fils, si cela était jugé indispensable.

L'enfant continuait à ne pas avoir de toux et à respirer tranquillement au repos : mais il avait un peu de fièvre (38°3) et la dyspnée se produisait dès qu'il marchait.

23 octobre. Piqûre avec trois milligrammes de morphine avec atropine, une demi-heure avant le chloroforme. Enfant en position de Rose, cocaïnisation. Un tube de Brünings de 8 millimètres sur 15 centimètres est introduit par la glotte jusqu'aux premiers anneaux. Quand on place la prolonge pour atteindre les bronches, la respiration se suspend. On retire le tube ; respiration artificielle. Quand on essaie, après une autre cocaïnisation, de mettre de nouveau le tube, il survient un spasme du larynx si violent et si persistant qu'on doit faire une trachéotomie immédiate. On place alors une canule d'adulte de neuf millimètres et demi de diamètre pour assurer la respiration. A chaque introduction, la canule produit une syncope respiratoire, nécessitant plusieurs fois la respiration artificielle. Enfin, après cocaï-

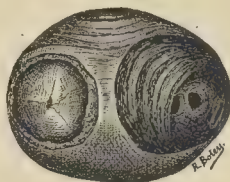


Image bronchoscopique d'un pignon enclavé dans la bronche gauche (position de Rose).

nisation de la muqueuse trachéale, on réussit à ne pas provoquer d'inhibition respiratoire quand on introduit la canule.

Étant donné l'exagération de la sensibilité réflexe de l'arbre aérien de l'enfant, on renvoie à un autre jour la bronchoscopie inférieure.

25 octobre : Bronchoscopie inférieure, en Rose, sans chloroforme et sous anesthésie locale. Figure tournée du côté gauche ; la canule enlevée, on cocaïnise la muqueuse trachéale jusqu'à l'éperon.

Introduction d'un tube de Killian par la plaie, de 8 millimètres sur 16 centimètres ; ce tube porte une ouverture latérale pour la respiration par l'autre poumon. Arrivé à la profondeur de 11 centimètres, on voit nettement l'éperon. puis la bronche droite complètement libre et finalement en penchant fortement le tube, on voit la bronche gauche remplie de mucus.

Pour éviter des réflexes dangereux, je cocaïnise l'entrée de cette bronche et je la nettoie ; la muqueuse est tuméfiée, emprisonnant un pignon dont l'extrémité la plus aiguë se présente à la vue (fig.).

Le corps étranger occupe toute la lumière bronchique l'obturant comme un tampon. On peut craindre que la pince ne l'enfoncé plus profondément quand on insinuera ses branches entre la paroi bronchique et le pignon.

J'espérai enlever le corps étranger à l'aide d'une pince mince et

largement fenêtrée, comme celle de Brünings. En effet, la pince placée, je retirai le pignon à la première tentative.

Considérations. — Ce cas est un triomphe de plus pour l'anesthésie locale dont je suis, chaque jour, de plus en plus partisan pour les grandes interventions sur le larynx et la trachée, dont les réflexes sont mieux supprimés qu'avec le chloroforme qui, au contraire, en sa qualité de poison du bulbe, y prédispose et expose la vie du malade. C'est pour cette raison que je présentai il y a quelque temps à la « Société barcelonaise d'oto-rhino-laryngologie » un opéré d'extirpation totale du larynx avec anesthésie locale.

L'indocilité de l'enfant rendit impossible la bronchoscopie supérieure, sans narcose, le chloroforme étant la cause des syncopes et des spasmes laryngés qui nous obligèrent à faire la trachéotomie.

En février 1909, j'enlevai, sous anesthésie locale de la bronche droite d'une malade, un fragment d'os. Dans ce cas, qui fut le premier de corps étranger enlevé en Espagne par bronchoscopie supérieure (le deuxième étant le cas de Goyanès, et le troisième celui de Botella), dans ce cas, dis-je, comme dans celui de ce petit garçon, le corps étranger était immobilisé dans la bronche et son extraction se fit également avec facilité grâce à la co-caine.

Mon expérience actuelle sur les corps étrangers des bronches m'engage à les diviser en deux groupes : les corps enclavés, et les corps non enclavés quoique tombés dans la bronche.

Quand il y a enclavement, tout se réduit à une dyspnée légère ou nulle à la période de repos, et à une diminution de murmure vésiculaire dans un poumon, sans crises de suffocation, car le patient, surtout s'il est jeune, respire suffisamment avec l'autre poumon. Si le corps étranger est en forme de lame et n'obstrue pas totalement la bronche, les symptômes de l'auscultation sont souvent insignifiants ou nuls, et on peut douter de l'existence du corps étranger.

Le traitement dans ce cas est toujours la bronchoscopie ; il faut chercher le corps étranger dans l'une ou l'autre bronche et l'extraire, choses difficiles et qui nécessitent une instrumentation coûteuse et de l'entraînement.

Quand il n'y a pas d'enclavement, le résultat est simplifié : il suffit que le médecin sache trachéotomiser, parce que par la toux ou avec les pinces, le corps étranger sort par l'ouverture opératoire, à moins qu'il ne se loge entre la canule et la glotte,

chose qui arrive parfois, ou qu'il ne soit retenu dans la partie inférieure de la trachée, ce qui se produit également quelquefois.

J'ai opéré et publié de nombreux cas de ce genre ; dans ceux-là, il y a de la dyspnée avec crises de suffocation chaque fois que le corps étranger est mobilisé par la toux depuis l'éperon bronchique jusqu'à la face inférieure des cordes qui se tétanisent violemment. On conçoit, et j'en ai publié un cas, qu'un corps étranger qui obture partiellement soit une bronche, soit l'autre, pour quelques heures ou quelques jours, arrive, par un effort expiratoire suffisant à venir buter contre le larynx, en donnant lieu à de graves spasmes de la glotte.

Dans de semblables cas, je préfère faire une trachéotomie, et si le corps étranger ne sort pas grâce à celle-ci, je fais l'extraction à l'aide de la bronchoscopie inférieure.

Le pignon enlevé a 17 millimètres $1/2$ de long, 9 millimètres $1/2$ dans sa plus grande épaisseur et 6 $1/2$ dans son plus petit diamètre. Je ne connais pas bien les véritables dimensions des bronches chez les enfants, mais, suivant Guisez, les bronches des adultes ayant, à droite, 13 millimètres de diamètre et, à gauche, 10 millimètres, il est permis de supposer que la bronche gauche de ce petit garçon n'arrivait pas à 10 millimètres. Il est étonnant que le pignon ne se soit pas logé dans la bronche droite qui est plus large et qu'il se soit introduit dans la bronche gauche en l'obstruant complètement.

Cette occlusion est cause, à notre avis, de la résorption de l'air dans les alvéoles correspondantes et la pression atmosphérique aidée par la tuméfaction de la muqueuse assujettit le pignon.

En résumé, quand il y a un corps étranger bronchique, on aura recours, de préférence, à l'anesthésie locale pour faire son extraction. S'il est enclavé, on fera la bronchoscopie supérieure ; si celle-ci échoue, on fera la bronchoscopie inférieure.

Si le corps étranger n'est pas enclavé, et qu'il fasse la navette en provoquant des crises de suffocation, on fera la trachéotomie qui suffira souvent à provoquer l'expulsion ; et si cela ne suffit pas, on fera la bronchoscopie inférieure et l'extraction par cette voie.

II. — ABCÈS CÉRÉBELLEUX DIAGNOSTIQUÉ ; OPÉRÉ ET GUÉRI¹.

Par

JULIEN,le Prof. **CURTILLET,**et **Henri ABOULKER** (d'Alger).

Un homme de 45 ans, négociant, se présente à notre observation au mois de janvier 1911. Il a une otorrhée droite datant de l'enfance. Depuis trois mois, céphalée à droite avec paroxysmes douloureux et périodes de rémission.

Il y a un mois, écoulement sanguin abondant par l'oreille, accès vertigineux, paralysie faciale. Trépanation mastoïdienne refusée.

Depuis 8 jours, état grave, vertiges, titubation, vomissements. Station debout impossible. Depuis 48 heures, vertiges qui semblent disparaître au lit. Titubation et rotation des objets au moindre mouvement. Plusieurs vomissements quotidiens en fusées. Pas de température, pouls 80. Dépression psychique assez marquée, somnolence. Nystagmus bilatéral intense à grandes oscillations en position latérale des yeux. Pas de troubles de la vue. Fond de caisse fongueux. Pas la moindre sensibilité mastoïdienne. Pression et percussion du crâne au niveau du vertex absolument indolore des deux côtés. Pas de troubles de la motilité. Kernig et Brudzinsky positifs. Paralysie faciale périphérique en voie de guérison spontanée. Ponction lombaire : liquide clair, tension normale, pas de microbes, rares polynucléaires et quelques lymphocytes. Une irrigation froide faite dans chaque oreille augmente le nystagmus.

Notre diagnostic est : collection suppurée intracrânienne très probablement localisée dans la fosse cérébelleuse du côté opposé.

L'état du malade ne permet pas la recherche complète des signes labyrinthiques.

La titubation, le vertige et le nystagmus nous paraissent devoir diriger les premières recherches opératoires vers la fosse cérébelleuse.

Pendant trois jours, persistance des symptômes avec légère aggravation.

1^{re} opération : Corticale mastoïdienne d'une dureté inimaginable. Sinus latéral presque accolé au conduit. On se dirige en arrière. On rencontre une veine osseuse volumineuse qui oblige à faire un tamponnement serré et arrête la marche vers la fosse cérébelleuse. On se dirige alors vers l'étage moyen. La dure-mère est ponctionnée dans plusieurs directions à la seringue et au bistouri fin sans résultat.

Légère amélioration apparente pendant 48 heures. Le troisième jour, somnolence très prononcée, température 36°. Pouls 50.

2^e opération : La dure-mère mise à nu est décollée de la face postérieure du rocher. A 5 ou 6 centimètres de profondeur on évacue

1. Communication au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

* Arch. de Laryngol., T. XXXIV, N° 1, 1912.

un abcès contenant 4 à 5 cuillerées à soupe de pus très fétide. Sur la table d'opération le pouls remonte à 70.

L'opération est suivie d'une véritable résurrection. Disparition complète de la céphalée, des vomissements, de la somnolence. Pouls et température normaux. Alors seulement nous apprenons que le malade avait eu des céphalées occipitales et que la veille de la première opération il a signé des papiers d'affaire, d'une écriture tremblée et illisible. Cette parésie du membre supérieur droit (côté malade) s'ajoute à la céphalée occipitale et au nystagmus pour démontrer un peu tard l'exactitude de notre diagnostic de localisation.

Enfin, la paralysie faciale, guérie d'ailleurs complètement, que nous avons rapportée à la lésion de la caisse, nous paraît après coup avoir été déterminée peut-être par la collection siégeant au voisinage du trou auditif interne.

Épidermisation rapide de la grande cavité osseuse. Pendant un an, une fistule persiste dont on empêche la fermeture par crainte de récurrence. Elle a 5 ou 6 centimètres de profondeur et a pour limites, en avant, la face postérieure du rocher, en arrière, la face antérieure du cervelet. La suppuration de la caisse persiste de ce côté malgré tous les traitements. Cette suppuration doit être la cause de la persistance de la suppuration de la loge cérébelleuse. L'ostéite est-elle propagée par contiguïté de la face postérieure de la caisse à la face postérieure du rocher? Ou bien la suppuration cérébelleuse est-elle entretenue par des lésions labyrinthiques? En d'autres termes, faut-il faire un simple curettage de la caisse, une résection de la partie externe du rocher ou une opération sur le labyrinthe? L'exploration de l'oreille interne à l'eau froide et chaude faite à deux reprises différentes nous fait reconnaître une simple exagération des réflexes. Il ne semble pas y avoir de destruction importante de l'oreille interne.

On décide donc de ménager l'oreille profonde. Comme d'autre part le curetage de la caisse paraît insuffisant, on se décide à faire la résection du rocher. On supprime de la pyramide pétreuse un quadrilatère qui s'étend de dedans en dehors depuis la paroi labyrinthique jusqu'à la surface crânienne et d'avant en arrière depuis la paroi antérieure du conduit auditif externe jusqu'à la face antérieure du cervelet, atteignant en profondeur le voisinage du trou auditif interne. Cette énorme brèche est faite, sans qu'on s'inquiète beaucoup du facial qui aurait pu, semblerait-il, être ménagé, mais avec l'unique souci de supprimer toute possibilité de récurrence. Résection complète de la paroi postérieure du conduit cartilagineux et de la conque.

La suppuration disparaît au deuxième pansement. L'épidermisation est complète en deux mois et demi.

Le malade guérit avec un conduit auditif externe dont la paroi postérieure est constituée par la face antérieure du cervelet.

Amélioration considérable au bout de 2 mois de la paralysie faciale.

III. — VOLUMINEUX MUCOCÈLE ETHMOÏDO-FRONTAL¹

Par **VAN DEN WILDENBERG** (d'Anvers).

D'après la thèse d'Anthani, résumée par le docteur Delsaux en 1906, il n'existait que vingt et un cas de mucocèle.

Dans le travail magistral de Gerber en 1909, il y a une excellente mise au point de cette affection basée sur une analyse minutieuse et patiente, véritable travail de moine, de tous les cas publiés et des cas qu'il a pu recueillir par une correspondance personnelle avec une foule de rhinologistes du globe. Il a réuni 94 cas.

Notre cas a de spécial qu'il est parmi les plus volumineux décrits, il avait le volume d'un œuf de canard. Il avait de particulier que nulle part il n'y avait dans sa coque osseuse la moindre solution de continuité.

Gerber est arrivé à la conclusion que dans la plupart des cas la membrane renfermant le contenu du mucocèle n'était pas une membrane propre, une paroi kystique formée indépendamment de la muqueuse du sinus frontal. L'enveloppe de la tumeur est la muqueuse du sinus frontal plus ou moins transformée et ayant adopté la disposition d'un sac fermé.

P. R., 54 ans, nous fut adressée par notre confrère le docteur Boeckmans. Elle a une volumineuse tumeur à l'angle interne de l'orbite gauche. L'œil est refoulé en bas, en avant et en dehors. Il y a de la diplopie. La vision monoculaire ainsi que le réflexe pupillaire sont normaux. Elle attribue cette tumeur à un traumatisme de cette région. La tumeur a débuté il y a 10 ans. A première vue il semblait s'agir d'un cancer. C'était aussi l'impression de plusieurs confrères. La pression sur la paroi inféro-interne nous donnait la sensation de crépitation parcheminée. L'examen rhinoscopique nous montre un nez normal.

Le diagnostic de mucocèle s'imposait d'autant plus que la tumeur était restée sans répercussion sur l'état général.

L'opération pratiquée sous anesthésie locale intéresse la peau puis l'enveloppe osseuse, puis nous tombons sur la paroi propre de la tumeur. Cette paroi grisâtre est épaisse. C'est donc bien, comme l'a démontré Gerber, la paroi muqueuse du sinus épaissie qui fait fonction d'enveloppe du mucocèle. En fendant la tumeur on voit sortir un liquide brunâtre, épais, très abondant. Après enlèvement de la tumeur on se trouve devant une cavité énorme du volume d'un œuf de canard.

Nulle part il n'y a de trace de solution de continuité. La cavité osseuse avait empiété sur la région ethmoïdale antérieure et occupait le sinus frontal gauche énormément dilatée en bas, en arrière et même en dedans.

1. Communication au Congrès annuel de la Société belge d'Oto-Rhino-Laryngologie, 13 juillet 1912.

X. — VARIÉTÉ

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES D'ÉTHÉR EN CHIRURGIE, EN PARTICULIER DANS LES INTERVENTIONS SUR LA TÊTE ET LE COU¹.

Par **DESCARPENTRIES** (de Roubaix).

L'anesthésie générale peut être obtenue si l'on injecte dans les muscles de l'éther, en quantité variable suivant les sujets.

J'ai l'honneur de faire connaître à la Société belge d'oto-rhinolaryngologie ce nouveau procédé de narcose et d'attirer votre attention sur les avantages qu'il me semble procurer pour les interventions graves portant sur la tête et le cou.

Je n'ai pas à rappeler et à commenter les divers avantages de l'éthérisation qui tend de plus en plus en chirurgie générale à remplacer la chloroformisation. Ils se résument en cette phrase : l'éther est peu toxique. Dans notre spécialité, l'éthérisation semblait ne devoir jamais être employée et cela pour trois raisons :

1° A cause de la difficulté de son administration qui nécessite l'emploi de masques volumineux.

2° A cause des complications broncho-pulmonaires qu'on lui reproche et qu'elle détermine avec les appareils actuels.

3° A cause de la forte congestion céphalique et de la salivation abondante qu'elle entraîne généralement.

Or, ces trois raisons, apanage de la méthode par inhalations, disparaissent si l'on emploie la méthode par les injections intramusculaires.

En effet, l'opérateur n'a plus les gestes entravés à chaque instant par un anesthésiste, utile sans doute, mais fort incommode. Il conserve le calme nécessaire à une bonne technique ; l'opération continue sans arrêts, sans à-coups, sans alertes.

J'ai vu deux cas de laryngectomie se terminer par un dénouement fatal occasionné par la méthode d'inhalation ; dans le premier cas, par suite d'une mauvaise manœuvre du chloroformisateur, une certaine quantité de l'anesthésique pénétra dans la trachée ; dans le deuxième cas, le patient mourut deux jours

1. Communication à la Société belge d'oto-rhino-laryngologie, le 14 juillet 1912.

après d'accidents infectieux causés par la canule servant à la narcose qui, expulsée à maintes reprises par des quintes de toux, était réintroduite dans la trachée après un nettoyage des plus sommaires par des mains d'une stérilisation douteuse.

En deuxième lieu, dans l'éthérisation par injections intra-musculaires, la congestion céphalique, la salivation ne se montrent pas. Le malade dort très bien, la face est pâle, la pupille en position moyenne ou en myosis; la respiration est lente et superficielle. Plus de ces ronflements sonores si souvent reprochés à l'éther. Le pouls est petit, bien frappé, avec un rythme légèrement accéléré.

En outre, les complications pulmonaires doivent être très rares; je n'en ai jamais observé, mais je prends la précaution de bien couvrir le patient qui transpire beaucoup pendant son sommeil.

J'attribue cette absence de salivation et de phénomènes pulmonaires à ce que les malades respirent de l'air chaud et non plus de l'air glacé par l'abaissement de température provoqué dans le masque par l'évaporation de l'éther. J'ai du reste fait construire un appareil à éthérisation qui me permet de réchauffer le mélange de vapeurs d'éther et d'air, et depuis que je l'emploie en chirurgie générale, je n'ai plus observé de bronchite post-éthérique et je donne indistinctement de l'éther à tous mes opérés, quels que soient leur âge, leur état bronchitique, cardiaque, emphysémateux ou obèse.

En thérapeutique, l'éther avait déjà été employé en injections intramusculaires par Du Castel, pour le traitement éthéro-opiacé de la tuberculose, par Lemoine dans l'urémie dyspnéique; le premier injecte tous les deux jours 5 centimètres cubes d'éther dans la région fessière, le deuxième conseille 2 centimètres cubes toutes les heures.

On a tenté de l'administrer par le rectum. Cette méthode est généralement abandonnée à cause de la difficulté de son administration, puis parce que le malade est très ballonné et présente dans la suite d'abondantes rectorragies. En outre, l'anesthésique, entraîné dans le courant sanguin de la veine-porte arrive sous une forte concentration au foie dont on connaît la vulnérabilité aux agents anesthésiques.

Burkhardt a tenté d'anesthésier par des injections de solutions d'éther dans du sérum physiologique. Cette méthode que j'ai employée détermine des thromboses veineuses et augmente le shock traumatique, car la solution injectée est à 28°, elle nécessite un matériel encombrant et deux aides supplémentaires.

C'est en l'employant que l'idée m'est venue d'injecter l'éther à haute dose directement dans les muscles. L'éther n'est pas toxique; il faut des doses considérables pour tuer un chien; 60 à 80 centimètres cubes en moyenne pour un chien de 12 kilos, par injection de 5 centimètres cubes faites toutes les trois minutes, et encore le chien meurt-il comme s'il succombait à des effets d'hypothermie; la température rectale s'abaisse jusqu'à 31°5. D'autre part, les injections intramusculaires sont peu douloureuses, moins qu'on ne se l'imagine, car la sensation douloureuse disparaît de suite et est remplacée par un engourdissement de la région, puis du membre, puis du corps.

Je les ai essayées sur moi-même; ces injections doivent être poussées lentement en plein muscle, car il faut à tout prix éviter la diffusion de l'éther soit vers la peau, soit vers les rameaux nerveux des régions profondes.

L'éther injecté reste en tension dans le muscle à cause de son point d'ébullition qui est à 34°5; la vaporisation se fait petit à petit à mesure que le courant sanguin se chargeant de vapeurs d'éther diminue la pression.

L'endroit de choix pour l'injection me semble être le point dit de Barthélemy; c'est là, comme pour l'huile grise, que les injections sont les moins douloureuses et qu'elles procurent les moindres ennuis pour le malade. J'injecte l'éther avec une seringue dite « seringue Record », de 20 centimètres cubes par injection de 5 à 10 centimètres cubes. Autrefois j'injectais l'éther par dose massive de 20 centimètres cubes; mais il est préférable toujours, pour éviter la diffusion, d'injecter des doses plus faibles qui donnent moins de tension à supporter aux fibres musculaires. J'emploie une aiguille en platine de faible calibre, longue de 5 centimètres pour les personnes moyennes, de 7 centimètres pour les personnes très grasses, de 3 centimètres pour les enfants, car il faut éviter de pousser l'injection en deçà du muscle, sur le plan osseux dans le tissu cellulaire sous-musculaire où l'éther s'épandrait vers l'échancrure ischiatique.

En règle générale, il faut employer autant de centimètres cubes que le sujet ne pèse de kilos pour obtenir l'anesthésie; cette dose est très variable suivant les sujets. On sait que l'éthérisation par inhalations varie beaucoup suivant les patients; je retrouve dans ma méthode les mêmes susceptibilités individuelles: les sujets anémiés dorment très longtemps avec peu d'éther; les sujets nerveux, les agités qui ne veulent pas dormir dorment très mal, et l'on doit recourir à quelques bouffées de chloroforme pour aider la narcose par éthérisation.

C'est du reste une des raisons qui m'ont fait abandonner les doses massives. Je pousse les injections à deux minutes d'intervalle, successivement et lentement dans chaque fesse, parfois sur la face externe de la cuisse ou dans la fosse suscapulaire ; j'injecte ainsi 50 centimètres cubes pour un poids moyen de 65 kilos ; j'attends une dizaine de minutes. Si le malade, qui est plongé dans l'ivresse et dont l'haleine sent très fortement l'éther, ne dort pas, je répète quelques injections jusqu'à effet.

L'anesthésie dure une heure environ, elle peut être prolongée par de nouvelles injections. Elle se fait mieux si l'on prend la précaution de poser sur les yeux du sujet un bandeau noir. La lumière semble retarder le sommeil et causer un réveil plus prompt.

Je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer, je les crois théoriquement impossibles, si je me base sur les expériences que j'ai faites sur les chiens et qui concordent comme résultats avec celles de P. Bert et de Soullie. Tuffier a signalé un cas de mort. Son malade avait 60 ans, était cachectique, il fut opéré d'un sarcome kystique du foie ; il mourut avant son réveil, deux heures après l'opération.

Picquot a signalé un deuxième cas de mort ; il opéra son patient, après ligature préalable de la carotide externe, d'une tumeur du voile du palais ayant envahi l'amygdale gauche et la base de la langue. L'opération dura trois quarts d'heure, l'anesthésie fut parfaite. La dose injectée était de 50 centimètres cubes pour un malade de 56 kilos. L'opéré mourut le lendemain après avoir présenté plusieurs crises épileptiformes. L'autopsie ne découvrit rien de particulier.

J'ai tenu à vous rapporter sommairement ces deux cas de mort, car je ne crois pas qu'on puisse les imputer à la méthode d'anesthésie.

L'éthérisation par voie intramusculaire détermine parfois de l'hémoglobinurie. Cette hémoglobinurie est transitoire, elle persiste dans les cas graves 24 heures. Elle n'est pas spéciale aux injections intramusculaires, car elle peut se produire après toutes les éthérisations. Elle est plus fréquemment observée que dans l'anesthésie par inhalation.

Le gros inconvénient de la méthode est la douleur. Les malades sont en général opposés à tout traitement par voie hypodermique. La douleur de l'injection est parfois très bien supportée ; généralement le malade crie, moins de douleur que d'effroi, en sentant l'engourdissement se produire dans son membre inférieur, puis gagner tout le corps. On peut supprimer cette douleur par

quelques inhalations de chlorure d'éthyle ou de chloroforme ; cette première anesthésie facilite beaucoup l'anesthésie par injections intramusculaires. La douleur tardive se fait sentir parfois plusieurs jours. Elle dépend beaucoup de la technique employée et des sujets : on se plaint plus ou moins facilement. Certains de mes opérés n'ont jamais cessé d'aller et de venir, déclarant ne ressentir qu'une lourdeur de la jambe, comparable à celle que produit une injection intramusculaire d'huile grise. J'ai eu quelques cas de sciatique ; ils sont tous guéris au bout d'un laps de temps plus ou moins long, mais, je le répète, ces cas sont imputables à une technique défectueuse, soit qu'on enfonce trop l'aiguille jusqu'au contact de l'os, soit qu'on injecte trop brutalement une dose trop massive d'éther ; j'ai parfois injecté, à tort du reste, jusqu'à 50 centimètres cubes en une seule dose.

Comme je l'ai dit précédemment, certains sujets dorment mal : ce phénomène est remarqué dans toutes les éthérisations ; c'est pour l'éviter que l'on a combiné divers mélanges anesthésiques : mélange dit ACE, mélange de Vienne, mélange de Schleich. Dans l'éthérisation par voie intramusculaire, on a tout intérêt à donner quelques bouffées de chloroforme. On obtient ainsi, avec des doses extrêmement minimes de cet agent, une anesthésie plus rapide et beaucoup plus calme ; on évite la période d'ivresse, d'excitation, de bavardage, qui est parfois longue et gênante pour l'opérateur ; d'autre part, les réflexes qui sont difficiles à abolir par l'éthérisation disparaissent facilement. Je conseille donc à ceux qui emploieront la méthode que je préconise de toujours adjoindre à leur matériel opératoire un flacon de chloroforme.

Je ne prétends pas avoir décrit la méthode d'anesthésie idéale, mais une méthode qui, dans la chirurgie portant sur la partie supérieure du corps, facilite l'acte opératoire et permet de l'accomplir d'une façon aseptique ; aussi ai-je cru bon de vous la faire connaître et de la soumettre à la critique de vos suffrages autorisés.

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

I. — SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

XVII^e Congrès annuel tenu à Bruxelles, les 13 et 14 juillet 1912.

Président : M. E. LABARRE.

Compte rendu par C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Election : M. BOVAL (Charleroi) est élu président et M. VUES (Bruxelles) vice-président pour 1913.

Rapports pour 1913 : 1^o Modifications de la cure radicale de l'otorrhée, par VAN DEN WILDENBERG (Anvers) et TRÉTRÔP (Anvers).

2^o Traitement de la tuberculose laryngée, par PARMENTIER (Bruxelles) et LEDOUX (Bruxelles).

Séance du 13 juillet 1912.

Laryngite phlegmoneuse aiguë, par DELIE (Ypres). — Présentation du larynx d'un homme de 19 ans, ayant succombé au bout de trois jours à une inflammation suraiguë du larynx, malgré une trachéotomie hâtive et de larges débridements intra-laryngés : la lumière du larynx est totalement effacée par le gonflement énorme de la muqueuse ; les aryténoïdes sont très gros, de couleur noirâtre ; œdème de l'épiglotte et de la base de la langue.

L'auteur rapproche ce cas d'un autre du même genre, nerveux chez une femme de 45 ans ; un débridement au niveau de la fausse corde vocale gauche avait donné issue à 80 grammes de pus ; malgré cela, la malade succombe 10 heures plus tard.

Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement du fibrôme naso-pharyngien, par M. DE STELLA (de Gand).

Une grande confusion réside encore dans la classification des tumeurs du naso-pharynx. Cette nomenclature s'impose et doit se baser sur les données anatomo-pathologiques, notamment sur les résultats de l'analyse histologique.

Nous avons dans le cavum un grand nombre de tumeurs : adénoïdes, polype muqueux, fibrome, sarcomes, carcicomes, tumeurs hypophysaires. Mérite seule le nom de « vrai fibrôme » la tumeur qui histologiquement ne contient que du tissu fibreux, dur, dense et très vascularisé.

Le vrai fibrôme pur a toujours une origine endo-nasale, pourtour de la choane, aile du ptérygoïde ; son insertion basilaire doit être très rare. Le vrai fibrôme ne contracte pas d'adhérence en dehors de son point d'insertion. S'il est contracté par ses prolongements, il aura cessé d'être pur, pour devenir tumeur mixte, disons fibro-

sarcomatode. Le vrai fibrôme extirpé totalement ne récidive pas; le fibrôme fibro-sarcomatode peut récidiver et la récidive est fatale, si l'exérèse ne fut pas complète. D'autre part le fibrôme sarcomateux, qu'il soit primitif ou qu'il provienne par dégénérescence d'un fibrôme pur, saigne abondamment, déjà spontanément et surtout à l'opération.

Ces données cliniques basées elles-mêmes sur les résultats de l'analyse histologique, doivent nous guider dans le choix de la méthode opératoire. S'il s'agit d'un fibrôme sarcomateux, il ne faut pas hésiter pour choisir la voie d'accès la plus large : la brèche transmaxillo-naso-sinusale. Elle nous permet de détacher les adhérences et aussi d'arrêter plus facilement les hémorragies très copieuses.

Pour le fibrôme pur, on peut prendre la voie buccale, si la tumeur n'est pas trop grande et n'a pas envoyé des prolongements zygomatiques à travers la fente ptérygo-maxillaire, ou des prolongements sinusaux. Dans ces derniers cas il faut encore choisir une large voie d'accès, qui sera le plus souvent la brèche de Moure, transmaxillo-nasale.

Suivent les relations de deux cas de fibrômes naso-pharyngiens.

I. Un fibrôme sarcomatode reconnu histologiquement chez un jeune homme de 16 ans ayant déterminé des hémorragies spontanées inquiétantes pour la vie du jeune homme.

Opération par la brèche de Moure; la tumeur fortement adhérente au pourtour de la choane gauche et sur l'aile interne ptérygoïde est enlevée par morceaux. Trois semaines après l'opération, récidive très rapide; seconde opération avec large ouverture du tissu maxillaire. Or, la tumeur remplissait le sinus et adhérait intimement sur tout le pourtour des parois du sinus; la tumeur est détachée de ses adhérences; les hémorragies sont très abondantes; suites opératoires normales et guérison cette fois sans récidive.

II. Jeune homme de 25 ans, portant un fibrôme reconnu histologiquement pur; il remplit le cavum, s'insère au pourtour de la choane gauche et envoie un énorme prolongement dans la fosse nasale gauche. Opération par la brèche de Moure; la tumeur se détache assez facilement de son point d'insertion, son prolongement est libre. L'exérèse put se faire en bloc et il n'y eut pas de récidive.

Nous avons préféré cette voie à la voie buccale en raison du volume de la tumeur et parce qu'une première tentative d'extraction faite par un spécialiste avait provoqué une hémorragie très grave, dont le patient n'était pas remis au moment de notre intervention.

Diverticule de la portion thoracique de l'œsophage, par VAN SWIETEN (Bruxelles) — Un homme de 47 ans souffre depuis 5 ans de difficultés de déglutition accompagnées de régurgitations: il ne peut plus avaler de solide et éprouve de l'oppression après les repas. Son état de maigreur est extrême.

À l'examen, rien à l'inspection ni à la palpation.

Pas de gargouillement, ni de bruit de succion.

Le diagnostic a été fait :

a) par la sonde œsophagienne qui s'arrêtait à 29 centimètres $1/2$;
 b) par l'œsophagoscope qui descendait facilement jusqu'à 23 centimètres, était arrêté à ce point et laissait voir un orifice latéral par où venaient sourdre des débris alimentaires ;

c) et surtout par la radioscopie et la radiographie, qui montraient après absorption de pâte au bismuth (cliché du docteur Kaisin) une poche de la grandeur d'une mandarine située derrière et en-dessous du sternum.

Si la sonde œsophagienne descendait plus bas, c'est parce qu'elle s'était égarée dans le diverticule ; cette expérience a été démontrée au cours de l'opération et peut-être faudrait-il radiographier le malade alors qu'on lui a placé la sonde.

L'opération est pratiquée le 6 décembre par le Dr Goris.

Le cou étant fortement tendu comme pour une thyroïdectomie, l'incision va le long du bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien, de l'os hyoïde au sternum.

Le muscle st. c. mastoïdien est récliné en arrière.

Le lobe gauche du corps hyoïde est rétracté en avant.

L'œsophage apparaît comme tordu avec un coude fortement épaissi que l'on doit disséquer comme un sac herniaire ou comme un kyste du corps thyroïde ; pour saisir le diverticule qui apparaît après qu'on a disséqué la musculaire on doit l'extraire du médiastin comme un goitre plongeant.

Le diverticule qui est donc bien thoracique a la grosseur d'une mandarine, mais affectant la forme d'une matrice dont le collet est très court.

Il a 8 centimètres $1/2$ de longueur, sur 5 centimètres de largeur.

Il s'ouvre à la paroi postérieure de l'œsophage.

Il est constitué par la muqueuse et la musculaire, contrairement à la plupart des diverticules constitués le plus souvent de la muqueuse (Robinson, Jurasz).

Dissection et résection au bistouri.

3 plans de suture au catgut iodé, points séparés.

Drainage à la partie inférieure de la plaie fermée au crin.

Sonde œsophagienne à demeure.

Malheureusement, les suites n'ont pas été bonnes. Une partie des sutures céda et le malade succomba à de la médiastinite, 3 jours après.

Contribution à la chirurgie de l'hypophyse, par BROECKAERT (Gand).

— Les recherches instituées par l'auteur le conduisent aux conclusions suivantes :

1^o Avant de procéder à l'hypophysectomie, il importe de vérifier sur une radiographie bien prise si les rapports anatomiques, très variables, entre l'hypophyse et le sinus sphénoïdal ne contre-indiquent pas la voie que l'on se propose de suivre.

2^o La voie *transpalatine*, la plus courte et la plus directe, mérite de

prendre, ne fût-ce qu'à titre exceptionnel, une place importante dans la chirurgie de l'hypophyse.

3° Les opérations par voie nasale ou voie endo-nasale ne permettent bien souvent qu'un évidement ou un curetage incomplet de la loge hypophysaire.

4° La voie endo-nasale est la voie la plus conservatrice, mais seulement capable de donner de bons résultats entre les mains des rhinologistes.

5° Les méthodes de West et de Citelli exposent à l'ouverture de la selle turcique non pas sur la ligne médiade mais sur le côté, ce qui peut produire des désastres.

6° La méthode de Hirsch, qui comprend la résection sous-muqueuse de la cloison, est longue et laborieuse et nécessite un tour de main qui n'est pas acquis d'emblée. La *résection totale de la cloison avec conservation d'une attelle dorsale* lui est supérieure au point de vue esthétique ainsi que par la rapidité de son exécution.

7° La résection de la cloison peut être avantageusement précédée de l'ouverture large des fosses nasales : la *rhinotomie verticale paramédiane*, moins hémorragique que les autres méthodes de rhinotomie, est ici le procédé de choix.

Mastôidites récidivantes, par HENNEBERT (Bruxelles). — L'auteur a eu l'occasion d'observer chez deux de ces malades des récides de mastôidites aiguës. Le premier cas concerne un enfant de 2 ans, qui, 3 ans après avoir subi l'ouverture de la mastoïde, suivie de guérison avec cicatrice linéaire, non déprimée, présenta des accidents de mastôidite qui nécessitèrent une nouvelle intervention ; au cours de celle-ci, on constata que la corticale s'était reproduite à son niveau primitif, et présentait une ouverture irrégulièrement circulaire, dont les bords surplombaient une sorte de cavité remplie de fongosités ; après évidement en entonnoir large, les pansements sont conduits de façon à obtenir une cicatrice déprimée, effaçant la cavité opératoire.

Le second cas fut observé chez un enfant présentant un arrêt de développement du pavillon et une absence de conduit auditif ; à l'âge de 11 mois, première mastôidite ; l'opération montre une vaste cavité fongueuse communiquant largement avec la caisse, dont le curetage extrait les osselets entourés de fongosités ; pas de trace de conduit auditif osseux, le tympan est remplacé par une cloison osseuse ; dans les tissus situés entre celle-ci et le méat, vestige de conduit membraneux, sous forme d'une petite cavité close, à parois épidermisées ; au bout de 2 mois, guérison avec cicatrice linéaire, non déprimée.

Récidive des accidents 5 ans plus tard ; nouvelle opération ; la corticale s'est réformée, sauf en un point resté fistuleux à la hauteur de l'antrum ; cavité mastôïdienne large remplie de fongosités ; large évidement mastôïdien ; guérison en 6 semaines, avec cicatrice non déprimée. Deux ans après, pour la troisième fois, réapparition des accidents ; la cicatrice est soulevée par une collection purulente

abondante ; l'incision conduit sur une corticale qui s'est reproduite à son niveau primitif et au centre de laquelle existe une ouverture circulaire à bords dentelés, sous laquelle s'étend une vaste cavité communiquant largement avec l'aditus. Évidemment mastoïdien en entonnoir à large base ; tamponnement prolongé aboutissant à une cicatrice déprimée épousant la forme de la cavité opératoire.

L'auteur estime qu'il ne faut pas toujours se réjouir d'avoir obtenu, dans les cas de mastoïdite aiguë, une cicatrisation rapide de la plaie, et une cicatrice esthétique, non déprimée ; il ne faut pas abandonner systématiquement les tamponnements réguliers pour y substituer les pansements à plat : ceux-ci, s'ils raccourcissent souvent de beaucoup la durée des soins post-opératoires, favorisent des récidives, en permettant au périoste de reproduire la corticale, sous laquelle peut, dans certains cas, persister un espace mort exposé aux réinfections, soit que l'aditus reste largement ouvert (2^e observation), soit même quand il est fermé par du tissu fibreux serré (1^{re} observation). L'auteur passe ensuite en revue les divers moyens préconisés pour raccourcir la durée des pansements après la mastoïdectomie : suture immédiate avec drainage passager à l'angle inférieur de la plaie ; suture immédiate sur le caillot remplissant la cavité opératoire, plombage de celle-ci avec une pâte antiseptique ; méthode de la suture secondaire de Mygind, etc. ; aucun de ces procédés ne met à l'abri de la récidive possible ; celle-ci ne sera évitée qu'en obtenant par le tamponnement bien conduit, l'effacement de la cavité opératoire.

La stérilisation instantanée des petits instruments d'oto-rhinolaryngologie dans la pratique courante, par TRÉTRÔP (Anvers). — Des recherches bactériologiques de l'auteur il résulte qu'une solution bouillante de partie égale d'eau et de baume opodeldock stérilise en quelques minutes les petits instruments tranchants ou piquants. Cette solution amicrobienne et antiseptique n'attaque en rien le tranchant du métal. La stérilisation se fait par courte ébullition dans un tube à essai ou un récipient quelconque. Les streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, bacilles pyocyaniques et coli ne résistent pas à ce traitement.

Destruction du nez par cancer. Rhinoplastie à lambeaux latéraux, par BROECKAERT (Gand). — L'auteur montre une personne à qui il a refait le nez détruit en grande partie par cancer. Il a pris sur chaque joue un lambeau, ayant la forme d'un triangle isocèle, dont le sommet commence en dedans et un peu au-dessous du grand angle de l'œil et dont la base courbe contourne en partie le pli naso-génien. Il a fait glisser ces deux lambeaux en dedans, les faisant enjamber au-dessus de la peau saine laissée en place.

Par ce procédé, emprunté à la méthode rhinoplastique française, il a obtenu un excellent résultat au point de vue esthétique.

De la gastroscopie ; démonstration, par CHEVAL (Bruxelles).

DÉFINITION. — Inspection directe de la muqueuse gastrique par les voies naturelles.

HISTORIQUE. — Essais antérieurs de Kussmaul (1868), de Trouvé,

de Mickulicz, de Rosenheim ; gastroscopie de Chevallier Jackson (1904) employé sous anesthésie à l'éther ; enfin, en 1910, construction par Loening et Stiéda, d'un gastroscopie perfectionné récemment par Moure (*Presse médicale de Paris*, 3 février 1912).

DESCRIPTION. — Le gastroscopie de Moure se compose de deux parties :

1° Un tube externe souple, en gomme durcie, dans ses 2/3 inférieurs, rigide et gradué dans son 1/3 supérieur ; dans ce tube se place un mandrin métallique souple, formé par un fil enroulé en spirale, destiné à faciliter l'introduction dans l'œsophage.

2° Le périscope, tube métallique rigide, muni à son extrémité, d'une petite lampe de 4 à 6 volts ; au-dessus de cette lampe est placé un prisme à réflexion totale, destiné à renvoyer les rayons lumineux partant de la portion éclairée de la muqueuse gastrique vers l'extrémité supérieure de l'instrument où se trouve un oculaire. Sur le côté externe et supérieur du périscope existe un petit embout porteur de deux tubulures : l'une destinée à recevoir le tube d'une soufflerie de Richardson, pour dilater l'estomac pendant l'examen ; l'autre, pour permettre aux liquides gastriques de s'écouler au dehors.

TECHNIQUE : *Entraînement du sujet* par des lavages de l'estomac ou des cathétérismes de l'œsophage, quelques jours à l'avance.

Examen du sujet. — Le sujet est couché sur le dos, la tête en extension, maintenue par un aide ; le tube extérieur, armé du mandrin, est introduit et poussé dans la cavité gastrique ; le mandrin est alors retiré ; puis le périscope est introduit ; ensuite, l'estomac est modérément gonflé au moyen de la soufflerie ; en tournant le périscope on explore les différentes régions de la muqueuse gastrique. Si la vue se trouble, il faut retirer le périscope, le nettoyer et le replacer.

CONTRE-INDICATION. — Gastrorragie récente ; existence certaine d'un ulcère avec paroi gastrique mince ; anévrisme de la crosse de l'aorte ; gonflement ou lésions ulcéreuses de l'œsophage, etc.

Résultats. — L'auteur décrit ensuite l'aspect de la muqueuse gastrique normale, vue au gastroscopie, et l'image fournie par la région pylorique, normale et pathologique, ainsi que celles fournies par les cancers, les ulcères, etc.

Pathogénie et traitement des bourdonnements (Rapport), par DELMARCEL et E. DELSTANCHE. — (Sera publié *in extenso*.)

HENNEBERT, après avoir adressé aux auteurs ses félicitations pour la façon dont ils ont traité un sujet ingrat entre tous, fait quelques remarques de détail :

Sans y insister davantage, il fait ses réserves quant au mécanisme des « excitations auditives » exposé par les rapporteurs, à la page 8, et quant à la « théorie de Helmholtz » encore admise par eux.

Parmi les causes de bourdonnements, rangées dans les affections de l'oreille externe, les « coups de canon » lui semblent plutôt produire des troubles fonctionnels d'ordre labyrinthique.

Quant à la nomenclature des affections de l'oreille moyenne (p. 12)

il la trouve peu claire et n'admet pas, entre autres, l'existence d'une « otite scléreuse atrophique et interstitielle ». A la page 13, à propos des lésions produites par la syphilis dans l'oreille interne, il ne croit pas qu'elles soient caractérisées par un « épanchement séreux qui met le labyrinthe dans l'impossibilité de réagir », mais il les considère comme constituées par une infiltration cellulaire avec transformation fibreuse consécutive.

A propos des labyrinthites professionnelles (p. 13, 6^e) il fait remarquer que des recherches expérimentales récentes sur des cobayes n'ont pu réussir à provoquer, au moyen de bruits intenses et prolongés, des lésions de névrite acoustique.

Il attire aussi l'attention sur les bourdonnements qui marquent si souvent le début de la période secondaire de la syphilis (p. 15), bourdonnements s'accompagnant de surdité et de vertiges, symptômes souvent fugaces, traduisant du côté de l'oreille, l'intoxication de l'organisme.

Enfin, aux rapporteurs qui préconisent l'électrothérapie (p. 27 et 28) il demande quelques renseignements quant à la forme du courant employé, son intensité, sa direction, etc. ; il rappelle les bons effets attribués aux courants de haute fréquence et les recherches de Bayer et Penninck au moyen de l'effluve statique.

Nouveau procédé d'anesthésie générale par l'éther ; sa valeur en oto-rhino-laryngologie, par DESCARPENTRIES (Roubaix). — (Paraît *in extenso*.)

L'anesthésie générale peut être obtenue si l'on injecte dans les muscles de l'éther en quantité variable suivant les sujets : ce procédé a des avantages pour des interventions graves sur la tête et le cou ; il supprime les principaux inconvénients de l'éthérisation par inhalation : l'encombrement du champ opératoire, la facilité des complications broncho-pulmonaires, et la congestion céphalique et la forte salivation qu'elle détermine.

Les injections intra-maxillaires d'éther sont peu douloureuses, non toxiques ; elles doivent se faire à la fesse (point de Barthélemy) ; on doit faire des injections de 5 à 10 centimètres cubes ; en moyenne autant de centimètres cubes que le sujet pèse de kilogs ; cette dose est d'ailleurs très variable d'après les sujets ; chez les nerveux, il est bon de donner quelques bouffées de chloroforme.

L'auteur fait ses injections à 2 minutes d'intervalle, et injecte 50 centimètres cubes pour un poids moyen de 65 kilogs ; le sommeil est facilité si l'on couvre d'un bandeau les yeux du patient.

L'auteur n'a jamais eu d'accidents à déplorer ; il y a parfois un certain degré d'hémoglobinurie ; parfois, des douleurs tardives, quelques jours après les injections.

Nodules vocaux et laryngoscopie directe, par GUISEZ (de Paris).

— Les nodules vocaux sont, de toutes les tumeurs laryngées, les plus difficiles à opérer :

1^o Parce qu'il s'agit de tumeurs petites ;

2^o Parce qu'elles sont sessiles et même, peut-on dire, incluses dans l'épaisseur même du bord de la corde vocale ;

3° Enfin, leur situation, relativement antérieure, complique également l'intervention par la laryngoscopie indirecte.

Aussi, est-il classique, pour ainsi dire, de les laisser en place et, bien rares étaient les spécialistes, qui osaient affronter les risques graves d'une opération, qui risquaient de laisser le malade plus aphone qu'auparavant; cela en particulier chez les professionnels de la voix : chez les chanteurs, les orateurs, etc. Mais, toutes ces considérations étaient vraies, autrefois, lorsqu'on opérait uniquement par la laryngoscopie indirecte; actuellement, nous avons à notre usage une façon d'atteindre le larynx directement, par la *laryngoscopie directe*. Celle-ci, faite à l'aide de la spatule-tube, met la glotte et toute la cavité laryngée directement sous les yeux, en relevant l'épiglotte. De plus, il est possible d'isoler à l'extrémité de la spatule-tube la portion de la corde vocale sur laquelle se trouve implanté le nodule.

Il est possible, grâce à une pince spéciale, morcelante, de ne prendre que le nodule avec toutes les précautions désirables. On en fait pour ainsi dire l'énucléation de la sous-muqueuse où elle est incluse.

L'auteur a opéré, par ce procédé, dix malades, atteints de nodules des cordes vocales. Le résultat a été immédiatement parfait et la voix est revenue normale.

Chez des malades, revus tout récemment, il est impossible de voir le point où étaient implantés les nodules; chez quelques autres, il existe simplement une petite cicatrice blanchâtre, sur l'une ou l'autre corde vocale.

Ce procédé est donc à recommander et permet, d'ailleurs, d'opérer par la voie directe, des tumeurs qui étaient, autrefois, réputées inopérables par les voies naturelles.

L. ROUSSEAU (Bruxelles) a signalé, il y a déjà plusieurs années, un procédé très simple de traitement des nodules vocaux chez les chanteurs, par la cautérisation galvanique; il a employé à maintes reprises, avec un succès complet, ce procédé qui semble avoir jusqu'ici attiré trop peu l'attention des spécialistes.

Un cas de chorée du larynx et du pharynx, par DELIE (Ypres). — Une fille de 14 ans, atteinte de chorée, présenta du côté du système pharyngo-laryngé la succession des phénomènes suivants :

Les premiers symptômes perceptibles consistèrent en un hémage doux, plutôt aphone; bientôt, pendant la conversation, l'enfant laissa échapper involontairement des cris mono-syllabiques (tels que na, ka, kèi, khée). Puis insensiblement s'établit la singulière succession des bruits suivants :

Une imitation imparfaite d'un grognement plus ou moins intense ou prolongé suivi d'un son court, aigu, strident, semblable au cri de la pintade; le tout finit parfois par un simple souffle ou par un pstt.

Les premiers bruits trouvent leur origine dans le larynx et sont dus à une contraction inusitée, convulsive des vraies cordes vocales et des replis aryéno-épiglottiques. Le second bruit résulte de mou-

vements spasmodiques des muscles du pharynx et de l'isthme du gosier pendant une expiration forcée.

Le diagnostic de chorée vraie d'avec le tabès ou l'hystérie, repose : 1° sur la persistance des bruits pendant le repos des organes qui en sont le siège (silence, larynx et non déglutition, pharynx) et 2° sur l'impossibilité dans laquelle se trouve la malade d'arrêter *par sa volonté* l'émission des bruits.

De l'action spécifique du radium, dans certaines formes de cancer de l'œsophage, par GUISEZ (Paris). — Étant donnée la nature histologique du cancer de l'œsophage, qui se rapproche beaucoup du cancer de la peau ;

Étant donnée la forme, souvent lente de l'évolution de ces cancers, qui n'est grave que parce qu'il est situé sur un point du conduit alimentaire et parce qu'il gêne et entrave bientôt l'alimentation ;

Étant données ses ressemblances avec le cancer de la peau, il était vraisemblable de supposer que le radium devait avoir une action tout à fait particulière, dans les cas de cancer de l'œsophage ; aussi, avons-nous soumis, depuis déjà six ans, toute une série de malades (31) atteints de cancer de l'œsophage, au traitement par les applications locales de radium.

Le traitement est des plus simples à effectuer. Après avoir, par l'œsophagoscopie, posé exactement le diagnostic de cancer de l'œsophage, l'avoir vérifié par un examen biopsique, il est facile de constater un pertuis où l'on puisse insinuer la sonde porte-radium.

Le traitement insinué consiste simplement à mettre dans une sonde des tubes de radium, variant de 5 à 10 centigrammes, qu'on laisse à demeure par séances de 4 à 5 heures. Un minimum de 40 à 50 heures d'application est nécessaire, dans la majorité des cas, si l'on veut avoir un effet appréciable.

Dans tous les cas, ou presque tous les cas soignés par nous, il y a eu amélioration immédiate, c'est-à-dire élargissement du calibre de la lumière œsophagienne. La déglutition devient meilleure, mais il est incontestable que les cas influencés le mieux sont ceux à évolution lente ; en particulier les formes non douloureuses et les formes infiltrantes et sous-muqueuses, plutôt que les formes bourgeonnantes et ulcéreuses.

Enfin, c'est surtout, comme il est facile de le prévoir, dans les formes peu étendues, à marche lente, que nous avons observé des résultats doubles, en particulier si l'on a eu la bonne fortune de poser le diagnostic à la période de début.

Trois malades, soignés depuis un an 1/2 et deux ans, présentent toutes les apparences de la guérison. L'examen œsophagoscopique répété, a permis de suivre pas à pas les progrès de la sécrétion et de constater qu'à la place de la tumeur, il existe, dans ces cas, une sorte de méplat cicatriciel et sur la dilatation actuellement périodiquement connue de véritables rétrécis cicatriciels.

Zona otique, par HENNEBERT. — Affection relativement rare, dont la cadre nosologique est mal délimité et dont la symptomatologie

peut être très simple ou de plus en plus complexe suivant qu'un nombre plus ou moins grand de nerfs crâniens est atteint par l'infection zostérienne.

L'éruption vésiculaire qui caractérise l'affection atteint des territoires variables au niveau de l'oreille externe, selon le ganglion atteint : la topographie successive de cette région est particulièrement complexe et l'auteur en donne une description détaillée.

Il résume ensuite sept observations (dont 4 inédites : une de Buys, une de Gellé et deux personnelles) choisies à dessein pour schématiser la description des diverses variétés de zona otique.

De l'ensemble de ces observations, il résulte que le zona otique — ou mieux : le zona céphalique — peut être limité à une simple éruption d'herpès au niveau de l'oreille externe, ou bien se compliquer fréquemment de paralysie faciale, de troubles des deux branches de l'acoustique (cochléaire et vestibulaire) ; d'éruptions herpétiques au niveau des muqueuses du palais osseux et membraneux, des piliers du voile ; de l'épiglotte ; parfois on observe encore de l'hémiplégie vélo-palatine, des paralysies oculaires ; des troubles du goût, etc.

Le zona otique peut être une source de graves erreurs de diagnostic.

Ces observations complètent le travail de Klippel et la thèse de Achard sur le même sujet.

Attaques épileptiformes par inflammation auriculaire périodique provenant d'adénoïdes ; guérison, par TRÉTRÔP (Anvers). — C'est l'histoire d'un enfant atteint d'otite moyenne purulente bilatérale datant de deux ans, suite de scarlatine. Les attaques épileptiformes avaient lieu tous les 15 ou 18 jours. Un médecin général avait en vain traité l'enfant pendant un an. La désinfection du naso-pharynx, les pansements de l'oreille en eurent raison en deux mois. L'ablation des adénoïdes compléta la cure. L'enfant est guéri depuis cinq mois.

L'auteur appelle une fois de plus l'attention sur les services variés que rend à l'enfance et à l'adolescence l'oto-rhino-laryngologie et la grande utilité d'y recourir.

Un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral et de la veine jugulaire droite avec mastoïde silencieuse, par MARBAIX (de Tournai). — Le diagnostic était difficile à poser, par absence d'otite et de mastoïdite ; pas de frissons, ni de fièvre intermittente au début.

Symptômes importants : tumeur jugulaire, stase papillaire double, métastase à l'épaule gauche.

L'opération montre un sinus latéral thrombosé, avec nécrose et destruction de sa paroi. Ligature de la jugulaire et nettoyage du sinus. Guérison en 3 semaines, mais le stase papillaire persiste 6 semaines malgré la disparition de l'augmentation de la pression céphalo-rachidienne.

La ligature jugulaire fut un luxe, car la veine ligaturée était vide de sang. L'enlèvement complet du trombus jusqu'à saignement du bout supérieur semble inutile, si on remplace ainsi un trombus par un autre, pouvant encore s'injecter au contact du tamponnement prolongé.

A remarquer encore la stase papillaire persistante malgré l'absence de pression du liquide céphalo-rachidien. Cette disparition de la compression du nerf optique explique la bénignité de la stase papillaire au point de vue visuel.

Phlébite septique et ostéite cervicale consécutives à une otite moyenne, par TRÉTRÔP (Anvers). — Un garçon lymphatico-nerveux, adénoïdien non opéré, fait une récurrence d'otite moyenne unilatérale avec menace de paralysie faciale, empatement des gros vaisseaux du cou et un peu plus tard torticolis du côté malade. La paracentèse du tympan calme les douleurs et fait disparaître la fièvre, mais une lésion d'une vertèbre cervicale se déclare, lésion tuberculeuse confirmée par la radiographie. L'otite guérie, l'enfant est envoyé à la mer et un appareil d'immobilisation de la région malade est placé. L'enfant est en bonne voie de guérison, les adénoïdes seront enlevées à son retour. Une cure radicale, pas plus qu'une intervention sur la jugulaire n'eussent été ici indiquées. Le traitement local et général a suffi à enrayer des lésions graves, exception faite de la tuberculose osseuse cervicale d'évolution impossible à prévenir.

Mouvements de réaction d'origine vestibulaire sous l'influence du courant galvanique, par BUYS et HENNEBERT. — Ces auteurs ont démontré, en 1909, que sous l'influence du courant galvanique, par la méthode unipolaire, la déstabilisation d'un sujet normal s'obtient avec 2 MA. en moyenne ; ils ont perfectionné la méthode en rendant plus précaire l'équilibre du sujet (à genoux dans un fauteuil, ou les pieds placés bout à bout, l'un devant l'autre, ou bien en faisant marcher sur place) ; l'inclinaison du corps est inconsciente, ne se produit pas au moment même du passage du courant, mais après un laps de temps appréciable (parfois 1 ou 2 secondes) et a toujours lieu dans un sens bien déterminé : la fermeture de la cathode incline vers le côté opposé, l'ouverture de la cathode incline du même côté ; pour l'anode, c'est l'inverse qui se produit.

Les auteurs ont appliqué leur méthode à l'examen d'une vingtaine de malades atteints d'abolition fonctionnelle vestibulaire totale, soit d'un côté, soit des deux côtés. Dans l'appréciation des résultats, il ne faut pas perdre de vue la tendance spontanée à l'inclinaison dans un sens qui existe dans beaucoup de cas de destruction vestibulaire unilatérale, et que le courant met en évidence tout en provoquant des deux côtés une réaction labyrinthique égale.

Des expériences instituées, il y a lieu de retenir ce fait intéressant, c'est que des cas en tout semblables au point de vue des troubles fonctionnels, réagissent tout à fait différemment, c'est-à-dire que chez les uns on constate un mouvement d'inclinaison sous l'influence du courant appliqué des deux côtés, tandis que chez les autres, quelle que soit l'intensité employée, la réaction n'a lieu que par excitation du côté sain et ne donne rien du côté atteint.

La déviation dans la marche utilisée comme signe complémentaire à l'épreuve thermique, par BUYS. — La déviation dans la marche produite par l'épreuve thermique est une manifestation de la réaction vestibulaire.

Ce signe est plus sensible que la chute dans le Romberg, sans doute à cause de l'équilibre instable affecté par le corps en marche et peut-être parce que la marche, acte en partie volontaire, favorise les réactions à la façon du « Zeigerversuch » de Barany. Buys a observé que la déviation dans la marche persiste chez beaucoup de sujets normaux aussi longtemps que le nystagmus, et lui survit même parfois. De là l'idée de l'employer comme signe vestibulaire dans les cas pathologiques.

Notre confrère produit plusieurs exemples d'utilisation clinique du signe de la déviation; les uns se rapportent à des cas où le nystagmus était douteux ou bien caché par des mouvements oculaires spontanés, les autres sont des cas sans nystagmus, c'est-à-dire dans lesquels l'épreuve thermique ordinaire n'en fait pas apparaître.

L'auteur avertit d'être prudent dans l'emploi du signe proposé, celui-ci n'a pas la valeur en quelque sorte spécifique du nystagmus et offre l'inconvénient de pouvoir être influencé par la volonté du sujet en expérience.

Jamais on ne se risquera à lui faire porter à lui seul le poids d'un diagnostic. On ne lui accordera de valeur que s'il est corroboré par d'autres données concordantes, notamment celles fournies par les épreuves de rotation.

Accès de surdité hystérique avec double conscience, par M. MARBAIX (Tournai). — Jeune homme, 14 ans, à toux nerveuse, présente successivement paralysie subite de la jambe gauche; crises d'hallucinations auditives avec accès de fureur; chutes, absences.

Surdité dès qu'il mange, persistant parfois plusieurs jours. Les actes passés pendant cette crise ne sont conscients que pendant une nouvelle crise. La surdité ne disparaît que par l'intervention du père invitant à se remettre.

Ouïe normale. Pas de trouble du champ visuel ni de la sensibilité cutanée. Disparition, après un an, des crises de surdité remplacées par des troubles vaso-moteurs de la face.

Laryngectomie totale, pharyngo-œsophagectomie en un temps pour cancer avec adénite, par VAN DEN WILDENBERG (d'Anvers). — L'auteur présente un malade de 56 ans atteint d'un cancer très étendu intéressant toute la circonférence du pharynx laryngien et la portion supérieure de l'œsophage.

Il y avait en même temps un paquet de ganglions indurés de la grosseur d'un poing dans la région carotidienne droite. Démonstration des organes enlevés par la laryngo-pharyngo-œsophagectomie. Démonstration sur ce malade de l'alimentation par voie buccale au moyen d'un entonnoir en caoutchouc.

Si le cancer ne récidive pas le confrère pratiquera dans deux mois une pharyngoplastie tout analogue à celle pratiquée avec succès chez un autre malade de 71 ans, opéré depuis bientôt deux ans et que Van den Wildenberg montre à la Société.

Ce malade est en excellente santé, sans récidive, ayant une parole intelligible.

Cure radicale endonasale sous anesthésie locale de la sinusite maxillaire chronique, par VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — L'auteur fait l'éloge des résections sous-muqueuses de la crête piforme des parois faciales et nasales avec lambeau muqueux.

Avantages sur l'opération de Luc : guérison plus rapide, moins d'hémorragie, simplicité des soins consécutifs par un orifice endonasal plus antérieur avec nulle tendance au rétrécissement. Mastication dès le premier jour.

Tuberculose laryngée traitée par la thyrotomie ou la trachéotomie, par VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — L'auteur présente deux cas de tuberculoses laryngées graves traitées avec un succès presque complet l'un par la trachéotomie prolongée, l'autre par la laryngofissure sous anesthésie locale.

Il estime qu'on peut intervenir quand l'état général est bon, que la marche de la maladie est lente et que les poumons sont intacts ou peu atteints.

La laryngofissure est indiquée de préférence à la trachéotomie quand on peut enlever tout ce qui est malade.

Mastôidite primitive, carie du rocher, pachyméningite fongueuse, par LABARRE (de Bruxelles). — La malade, qui n'avait jamais eu de suppuration d'oreille, présentait, au moment de l'examen, un énorme phlegmon rétro-auriculaire ; le tympan était normal.

Incision du phlegmon ; antrum rempli de grosses fongosités mêlées à des séquestres ; dure-mère à nu, recouverte d'une couche fongueuse épaisse.

Labyrinthite chronique diffuse, labyrinthectomie, guérison, par LABARRE (de Bruxelles). — L'auteur présente une malade atteinte de pyotite chronique d'origine traumatique, avec céphalée et troubles de l'équilibre ; un évidemment pétro-mastôidien n'ayant pas mis fin aux symptômes, le labyrinthe fut examiné par le Dr Buys qui conclut à une labyrinthite chronique diffuse et à la nécessité de l'intervention. Celle-ci eut lieu suivant la technique de Hautant : déhiscence de l'aqueduc de Fallope au niveau de son coude ; curetage du vestibule antérieur, rempli de granulations ; ouverture de la boucle du canal horizontal ; curetage du vestibule postérieur et de la région rétro-labyrinthique ; drainage à la gaze iodoformée ; la plaie rétro-auriculaire est laissée ouverte ; suites opératoires normales ; disparition immédiate de tous les symptômes présentés par la malade.

Cancer du sinus maxillaire, opération, guérison, par LABARRE (de Bruxelles). — L'auteur présente un sujet atteint d'un cancer du maxillaire supérieur, consécutif à une sinusite négligée. Le néoplasme s'était extériorisé près de l'aile du nez, avait formé à la voûte palatine, un large champignon et encombra la fosse nasale de ses prolongements.

Réséction classique du maxillaire supérieur, au cours de laquelle on s'aperçoit que la tumeur s'étend beaucoup plus loin qu'il ne semblait, ce qui obligea à réséquer la cloison nasale, l'ethmoïde, la voûte palatine et une grande partie du maxillaire du côté opposé

suites très bonnes, pas de récurrence depuis 7 mois. La muqueuse palatine fut suturée autant que possible à la muqueuse de la joue, d'où prothèse secondaire très facile.

II. — SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE LARYNGOLOGIE

XIX^e Réunion, à Hanovre, 24 et 25 mai 1912.

Président : SEIFERT (de Würzburg).

Compte rendu par HOFFMANN.

Traduction par MENIER (de Figeac).

L'état actuel de l'enquête sur l'ozène, par ALEXANDER (de Berlin). — L'enquête ne porte que sur l'ozène vrai (catarrhal) à l'exclusion des formes ulcéreuses ; elle doit porter sur la fréquence dans les divers pays, l'infectiosité (ou l'hérédité), le début et tâcher d'obtenir des autopsies.

La goutte dans les voies aériennes supérieures, par THOST (de Hambourg). — La goutte produit des dépôts uriques dans tous les tissus ; elle ne peut être constatée que par un examen prolongé des sujets dont la nutrition est atteinte. On admettra la goutte quand le traitement local sera sans résultat alors que la thérapeutique antigoutteuse sera couronnée de succès. La fièvre des foins est formée de divers composants parmi lesquels la goutte est fréquente.

SCHEIBE (Erlangen). N'y a-t-il pas une relation entre les aphtes et la goutte ?

THOST. A mon avis, les aphtes sont une affection de la muqueuse, sans relations directes avec la goutte, mais dépendant de troubles gastriques.

Relation entre les rétrécissements des voies aériennes supérieures et les altérations des sommets des poumons, par BLUMENFELD (de Wiesbaden). — Il n'existe pas d'induration des sommets due à des sténoses des voies aériennes supérieures. L'emphysème sus-claviculaire est un phénomène de déplacement dû à l'élévation du diaphragme n'existant que chez les individus obèses à parois abdominales rigides.

Réssection sous-labiale du septum, par KRETSCHMANN (de Magdebourg). — Cette méthode est pratique et peu difficile.

Étiologie de l'asthme bronchique, par GOLDMANN (d'Iglau). — L'auteur cite un cas d'asthme où même après ablation des adhérences et de la déviation du septum, les phénomènes asthmatiques ne disparaurent qu'après suppression de bouchons amygdaliens. Les suppurations du nez, les inflammations aiguës du nez et des sinus, les mauvaises dents peuvent agir comme causes toxiques provoquant l'asthme.

Données pratiques pour la technique des opérations sur les sinus, par DENKER (de Halle). — Est publié *in extenso*.

Contribution à l'ouverture du sinus frontal depuis dehors, par SCHMIDT (de Leipzig). — L'orateur recommande dans l'ouverture du sinus frontal et du canal naso-frontal depuis dehors, de laisser en

place l'apophyse frontale du maxillaire supérieur et de mettre le canal à nu plutôt latéralement, de la même façon que dans l'opération *ethmoïdienne* de Grünwald-Siebenmann.

Les fibromes primaires des sinus, par MANASSÉ (de Strasbourg). — L'orateur présente deux fibromes primaires du sinus maxillaire et un du sinus sphénoïdal. Tous trois sont durs, du type des fibromes basilaire. Il présente, en outre, comme type de comparaison, un grand polype kystique du sinus maxillaire ayant la structure histologique des polypes muqueux.

Le traitement conservateur des amygdales hypertrophiées, par SPIESS (de Francfort-sur-Mein). — L'auteur dit que nous devons tâcher de rendre l'organe normal pour qu'il puisse suffire à sa tâche. Il confie aux parents le soin de nettoyer les lacunes au moyen du porte-coton avec ouate imbibée de novocaïne à 5 %. Il n'enlève les amygdales qu'aux cas d'infections générales : endocardite, rhumatisme articulaire. Quand l'amygdale gêne par son volume la respiration et l'alimentation, il en enlève une partie seulement.

THOST. J'ai observé chez les jeunes filles une hypertrophie des amygdales au moment de la puberté. Comme traitement conservateur, j'emploie les badigeonnages à la teinture d'iode.

HOFFMANN. Je préconise l'injection dans les lacunes de la solution alcoolique de vert malachite à 2 %.

WILBERG (de Brême). Il y a 30 ans, Thorwald les nettoyait avec le chlorure de zinc à 1 %.

Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme, par SCHMEDEN (d'Oldenburg). — Le nombre de cas humains fut très minime malgré l'extension de l'épizootie, ce qui prouve la difficulté relative de transmission à l'homme. Les phénomènes furent : fièvre et vésicules dans la bouche (aux mains et aux pieds dans quelques cas). Tous les cas furent peu graves ; cependant, l'un d'eux eut une issue fatale.

Inhalation d'air chaud mêlé à des médicaments gazéifiés, par ELSÄSSER (de Hanovre). — L'orateur présente un appareil fonctionnant électriquement et remplissant le but dont il parle.

Traumatisme crânien comme cause de paralysie du pharynx, du larynx et de la nuque, par SIEBENMANN (de Bâle).

Moulages du larynx et de la trachée de sujets provenant d'un pays goitreux, par OPIKOFER (de Bâle). — Ces moulages font ressortir : 1° la grande différence du larynx et de la trachée chez l'homme et chez la femme ; 2° les grandes variations individuelles de longueur et de calibre chez les enfants et chez les adultes ayant le même âge ; 3° les diverses sténoses de la trachée par compression exercée par le goitre.

La tuberculose primitive du larynx, par STEINER (de Prague). — L'orateur relate le cas d'un sujet de 31 ans atteint d'enrouement depuis 18 mois et qui 10 semaines avant la mort présenta l'aspect laryngoscopique d'une tuberculose du larynx sans avoir jamais rien eu au poumon. A l'autopsie, les poumons furent trouvés indemnes.

Représentation des voyelles au moyen d'un résonateur simple, par GUTZMANN (de Berlin).

Présentation, par GUTZMANN (de Berlin). — Il s'agit d'un petit appareil de voyage destiné aux recherches de phonétique expérimentale. Cet appareil très maniable destiné à l'enregistrement est muni d'une bande de papier noirci de 25 cent. de long.

La question des registres, par SOKOLOWSKY (de Königsberg).

L'anesthésie en trachéo-bronchoscopie, par EPHRAÏM (de Breslau).

— A été publié *in extenso*.

Lésions de l'arbre trachéo-bronchique par suite d'anthraxose des ganglions, par MANN (de Dresde). — L'orateur décrit un cas de rupture ganglionnaire dans la grosse bronche gauche. Plus graves sont les cas où par suite d'adhérences de l'œsophage et de la bronche, il y a épanchement de particules alimentaires dans les voies aériennes.

Au cas de rupture la température s'élève, il y a une forte toux avec violentes douleurs thoraciques. On constate des râles de bronchite ou un foyer pleuro-pneumonique circonscrit. A l'avenir, on pourra avoir une confirmation bronchoscopique de ces cas.

Radiographies du diagnostic bronchoscopique de tumeurs du poulmon, par EPHRAÏM. — Dans 3 cas, où on avait fait le diagnostic de tuberculose, la bronchoscopie révéla du sarcome ou du carcinome. Dans un quatrième cas, on avait diagnostiqué de la bronchectasie, la radiographie n'indiquait rien d'anormal et la bronchoscopie montra un cancer. Dans les 5^e et 6^e cas, endothéliome et tumeur amyloïde. Dans le 5^e cas, le diagnostic avait été kyste hydatique du poulmon. Dans un 7^e cas de diagnostic douteux : tumeur du médiastin ou anévrisme aortique? la bronchoscopie décida en faveur du premier diagnostic. Dans le 8^e cas, il existait compression presque absolue de la bronche gauche sans cause visible.

Ces cas font ressortir la valeur de la bronchoscopie même en médecine interne.

Résultats définitifs de la plastique paraffinique dans la paralysie récurrentielle, par BRÜNINGS (d'Iéna). — L'injection de paraffine dans la corde vocale paralysée a donné de bons résultats; sur les 7 cas traités l'auteur n'a pas eu d'insuccès. L'injection est tolérée sans réaction et amène une amélioration de la voix, qui progresse même sans exercices.

Mensuration de la perméabilité aérienne d'une et des deux fosses nasales sans instruments, par BRÜNINGS (d'Iéna). — On mesure au chronographe la durée pendant laquelle la capacité vitale individuelle peut être inspirée et expirée par une fosse nasale. Si on additionne les valeurs (en secondes) trouvées pour les deux côtés et qu'on divise cette somme par 4 on a la perméabilité totale du nez, égale normalement à 4 (en secondes). Si on l'exprime par 1/4, le résultat de l'examen pourra s'exprimer immédiatement en fraction de la normale.

Sténose bronchique dans l'hypertrophie de l'oreillette, par KÄHLER (de Fribourg). — Dans tous les cas de rétrécissement mitral examinés

bronchoscopiquement, Kahler a constaté des sténoses nettes de la bronche gauche et variables avec le degré d'hypertrophie de l'oreillette. Dans l'insuffisance initiale pure, pas de sténose; ici il n'y a aucune raison pour qu'il y ait dilatation auriculaire. Dans l'insuffisance aortique, léger aplatissement de la bronche gauche comme conséquence du soulèvement de l'oreillette gauche par le ventricule gauche considérablement hypertrophié.

Les phénomènes de pulsation sont marqués : on voit la paroi inférieure de la bronche gauche se soulever nettement et chez les sujets jeunes, à paroi plus souple, la sténose présente une augmentation diastolique. On peut déjà poser bronchoscopiquement le diagnostic de rétrécissement mitral.

Suivant Kovács et Stöhr l'œsophage est sténosé en cas de forte hypertrophie des ventricules.

L'inflammation hyperplasique chronique des sinus. Opération sous anesthésie locale, par UFFENORDE (de Göttingen).

La ville choisie pour la prochaine réunion est Stuttgart, Siebenmann a été élu comme président et Spiess comme vice-président.

III. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 17 mars 1911.

Président : Arthur H. CHEATLE.

Compte rendu par A. RAULT (de Nancy).

Traumatismes de l'oreille externe et moyenne, par W. MILLIGAN.

I. *Pavillon*. — Plaies par instruments tranchants : guérison en général rapide. Cas d'avulsion complète du pavillon par section, suture et cicatrisation (Rauch, Politzer). Morsures suivies d'escharification et d'ulcères atones longs à guérir. Dégénérescence maligne du tissu cicatriciel.

Othématome : Causes : football, lutteurs, rarement bilatéral. Othématome dit spontané des aliénés, dû à des traumatismes. Déformations du lobule par automutilation (anneaux, ornements) ; à la suite parfois tumeurs fibreuses et chéloïdes.

II. *Conduit auditif*. — Corps étrangers et tentatives brutales d'extraction. Tolérance du conduit pour les corps étrangers mousses non introduits de force. Cas de mutilation du conduit pour exciter la pitié.

Plaies par armes à feu rares. Fractures par choc direct rares ; par choc indirect : résultat de fracture du crâne. Fracture de la paroi antérieure du conduit par coup sur le maxillaire inférieur ; à la suite souvent suppuration, séquestres et sténose. Possibilité de fissure circonscrite à paroi postérieure avec infection consécutive des cellules mastoïdiennes et thrombose sinusienne à la suite de traumatisme de partie postérieure de la tête.

Développement de néoplasmes à la suite de traumatisme ; celui-ci est-il vraiment une cause prédisposante ? L'auteur cite deux cas.

III. *Membrane du tympan.* — Congestion, hémorragie interlamellaire, épaissement provoqués par corps étrangers introduits dans le conduit ou substances irritantes. Rupture par violence directe ou indirecte; corps étranger provoquant perforation ou déchirure directe peut provoquer lésions de la chaîne des osselets, pénétrer dans oreille interne. Eschares par substances caustiques ou en fusion; à la suite : suppurations, nécrose, méningites. Hémorragies spontanées par rupture due à changements brusques de pression (aéronautes, ouvriers travaillant dans l'air comprimé). Troubles du goût par lésions de la corde du tympan dans les traumatismes.

Traumatismes indirects; coups sur l'oreille, éternuements, action de se moucher, explosions, etc., produisent des lésions du segment inférieur. Traumatismes opératoires au cours d'opérations rétroauriculaires ou préméatiques avec la gouge ou le drill. Possibilité de léser le bulbe de la jugulaire au cours d'une paracentèse à travers une déhiscence. Section possible du facial au cours de cure radicale, quand on enlève le pont ou qu'on nivelle l'éperon facial, pendant le curettage de l'oreille moyenne s'il y a déhiscence du canal facial. Lésions du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien chez l'enfant si on prolonge l'incision rétroauriculaire au delà de la pointe de la mastoïde.

Pour éviter de luxer l'étrier et d'ouvrir le vestibule dans le curetage, faire ce dernier d'arrière en avant et lorsque les parois sont bien visibles.

L'auteur a observé 2 cas rares : 1^o ouverture du sinus en faisant l'incision rétroauriculaire dans un cas déjà opéré; la paroi du sinus était adhérente à la peau; 2^o en faisant le lambeau de la conque, la pointe du bistouri a ponctionné le sinus mis à nu.

Lésion du sinus à la suite de traumatisme sur l'apophyse mastoïde. Possibilité de blesser la carotide en travaillant de dedans en dehors au cours d'une opération pour nécrose de la portion osseuse.

IV. *Lésions de l'orifice tubaire.* — Section possible du bourrelet tubaire au cours d'opérations dans le naso-pharynx. Brisure d'une sonde d'Itard ou d'une bougie dans la trompe. Un cas de corps étranger (boule de marbre) engagé dans le naso-pharynx; à la suite eschare et cicatrice de l'ouverture de la trompe. Possibilité de coups de feu, de coups de couteau de ce dernier orifice, d'où occlusion et troubles de l'oreille moyenne.

Traumatismes de l'oreille moyenne et interne, par C.-A. BALANCE.

Causes : 1^o Coups sur la tête; fracture de la base du crâne; 2^o explosions; 3^o corps étrangers introduits avec intention dans le conduit; tentatives maladroites d'extraction; 4^o autres accidents dans les traitements; substances caustiques; 5^o blessures par armes à feu; 6^o brûlures avec sténose du conduit; 7^o introduction par accident de corps étrangers dans le conduit; 8^o lésions par la trompe d'Eustache (cathéter ou substances caustiques).

Les traumatismes du tympan et de l'oreille interne même légers peuvent causer troubles graves par complications infectieuses ; parfois causes d'hémorragies mortelles si les gros vaisseaux voisins sont blessés.

Dans les fractures de la base du crâne, oreilles moyenne et interne souvent blessées, ainsi que facial. Fracture de la base dans la fosse-moyenne peut passer par le rocher parallèlement à son grand axe, ou par sa base au niveau du *tegmen antri* et *tympani*, ou traverser le rocher longitudinalement ou transversalement en son milieu. Rarement fracture de la capsule labyrinthique, souvent lésion du labyrinthe membraneux et hémorragie intralabyrinthique ; dans la suite suppuration et méningite possible. Dans le cas de guérison : terminaisons nerveuses englobées dans cicatrice ou par cal osseux ou par restes d'hémorragie extradurale ou intra-méningée ou labyrinthique. Il n'existe pas toujours de troubles de l'ouïe consécutivement aux fractures du crâne, sans fracture de la pyramide. Dans certains cas, il existe une sorte de commotion du nerf acoustique.

Symptômes : 1° *Otorrhagie*. Si elle est profuse et veineuse, il est probable qu'un sinus a été blessé ; il serait bon alors d'ouvrir l'os et de tamponner le sinus. Les petits sinus pourront être aussi atteints. Une hémorragie abondante peut aussi provenir de l'os et des méninges.

La carotide interne échappe ordinairement aux accidents.

2° *Ecoulement de liquide céphalo-rachidien* indiquant ouverture d'espace sous-arachnoïdien ; pourrait être confondu avec une otite séreuse ;

3° *Surdité* grave, absolue, permanente en général, avec bourdonnements ;

4° *Vertiges* plus graves à la suite de lésions par instrument piquant.

5° *Paralysie faciale* souvent permanente ;

6° *Perte du goût*.

Les explosions provoquent non seulement rupture du tympan, mais surtout hémorragies labyrinthiques.

Les corps étrangers du conduit sont dangereux seulement si l'oreille moyenne est ouverte, surtout à la suite de manœuvres brutales d'extraction.

Les *lésions par armes à feu* provoquent des phénomènes variables. Les projectiles des fusils modernes, s'ils viennent frapper l'oreille, traversent le temporal et la mort s'ensuit. Lorsque la vitesse est moins grande, ils peuvent se loger dans le temporal, et le tympan et l'oreille interne sont lésés directement ou indirectement. Un conduit externe large peut être traversé par la balle, sans lésions externes. S'il n'y a pas de fracture du rachis et de la base du crâne, il y a cependant perte de connaissance, et dans la suite il existe des céphalées, des vertiges et des bourdonnements ; osselets brisés et temporal fracassé, paralysie faciale fréquente. Dans la suite, otite moyenne, pouvant guérir, même si le projectile n'est pas extrait.

Utilité de la radiographie, car le conduit est tuméfié et on ne peut voir les parties profondes. Il existe dans la pratique civile de nombreux cas de guérison après intervention, même lors de complications graves.

Principes du traitement. — Il a pour but : 1° d'arrêter l'hémorragie, 2° d'empêcher ou d'arrêter l'infection ; 3° de réparer l'organe détérioré et d'aider à la restauration de la fonction. Désinfection soigneuse du conduit auditif externe (alcoolat d'iode à 2 %, pansement antiseptique).

Traitement des fractures de la base du crâne. Souvent nécessité d'intervenir immédiatement pour décompresser l'endocrâne : ponction lombaire. L'otorragie abondante peut obliger à ouvrir l'os et aller à la recherche de la source de l'hémorragie.

Danger des fractures du crâne chez malades porteurs d'otite suppurée chronique. Même sans infection antérieure, l'ouverture de la cavité tympanique par le trait de fracture peut provoquer de la suppuration, et celle-ci se propager à l'intérieur du crâne. Dans les cas de suppuration, il est utile d'intervenir rapidement.

Nécessité d'enlever les projectiles par armes à feu, ou tout au moins ouverture large des cavités de l'oreille pour désinfecter et drainer.

Traitement de la paralysie faciale. — Suture du nerf *in loco*, ou sinon avec l'accessoire ou l'hypoglosse.

Surdité, bourdonnements, vertiges. — Les bourdonnements et les vertiges peuvent être soulagés par des moyens chirurgicaux, mais la surdité est irrémédiable.

IV. — SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 29 janvier 1912.

Président : POLITZER. — Secrétaire : E. URBANTSCHITSCH.

Compte rendu par Hugo FREY.

Traduction par M. MENIER (de Figeac).

Polynévrite cérébrale méniériforme après emploi du salvarsan, par BECK.

Polynévrite cérébrale avec perte de la réaction calorique, le nystagmus rotatoire étant conservé, par BECK.

La labyrinthite séreuse, par RUTTIN. — Il s'agissait d'une labyrinthite séreuse diffuse consécutive à une otite aiguë. L'état fut d'abord si grave qu'on pensa à une méningite.

Présentation, par RUTTIN. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans ayant eu une otite moyenne suppurée droite chronique avec cholestéatome et abcès extra-dural avec complication de méningite ; la malade a été opérée et guérie.

L'orateur présente ensuite un second cas qui est celui d'un enfant de 13 ans avec otite moyenne suppurée droite, cholestéatome et arrosion du sinus. On a fait l'opération radicale typique. Le jeune malade est guéri. L'arrosion pourrait avoir eu pour cause la dégé-

nérescence d'une thrombose ou encore l'action externe du cholestéatome.

Méningite séreuse (?) dans la labyrinthite aiguë post-opératoire, par E. URBANTSCHITSCH.

Présentation, par BONDY. — Ce sont les préparations d'un abcès du lobe temporal avec méningite consécutive de la convexité et arrosion d'un vaisseau sous-arachnoïdien.

Carcinome cicatriciel dans le périoste de la mastoïde, par URBANTSCHITSCH. — Après trépanation de la mastoïde chez un sujet de 60 ans il survint 9 mois après une tumeur molle dans la partie supérieure de la cicatrice qui augmenta rapidement. On l'enleva et on constata qu'elle faisait partie du périoste. L'examen histologique démontra que c'était un carcinome pavimenteux.

Relation sur l'excitabilité vestibulaire exagérée, par ALT. — L'auteur relate des cas d'hyperexcitabilité vestibulaire comme par exemple des cas de vertige considérable après des douches d'air pourtant accomplies avec douceur. Dans d'autres cas ayant subi l'opération radicale et dans lesquels la région du canal semi-circulaire est à découvert les moindres contacts provoquent du vertige quand ils portent en cette région. Dans un de ces cas, on ne pouvait penser ni à une luxation de l'étrier ni à une fistule du canal, ni à une labyrinthite récente. L'orateur attire l'attention sur l'hyperexcitabilité vestibulaire qu'on rencontre chez les accidentés du travail ; ici l'hyperexcitabilité a pour cause la neurasthénie provoquée à son tour par la névrose de l'indemnité (Rentenneurose des Allemands).

V. — SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE

XXI^e Réunion à Hanovre, les 23 et 24 mai 1912.

Président : RÖPKE, de Löltingen.

Compte rendu par MENIER (de Figeac).

Traitement opératoire de la méningite otogène, par PREYSING (de Cologne).

La méningite interne aiguë, par E. RUTTIN (de Vienne). — L'orateur parle d'un symptôme nouveau : apparition subite d'un nystagmus dirigé en haut, pour le diagnostic de la pénétration d'un abcès du lobe temporal dans les ventricules. Ce symptôme doit être regardé comme un signe de l'irritation des tubercules quadrijumeaux s'il est produit par la brusque inondation purulente des ventricules. Il est précieux, car il indique le moment où débute le pronostic absolument mauvais.

Expériences thérapeutiques sur la méningite otogène à la Clinique otologique de Göttingen, par UFFENORDE (de Göttingue).

Curabilité de la méningite otogène, par BRIEGER (de Breslau). — La curabilité de la méningite généralisée est démontrée chez l'homme et chez l'animal. Il peut y avoir des guérisons spontanées qui sont très rares, il est vrai. Brieger a observé 5 cas de guérison de méningite purulente (otite moyenne suppurée chronique) ; l'un d'eux était

complicqué d'abcès du cerveau : dans un sixième (otite moyenne suppurée aiguë), il n'y avait que peu de leucocytes dans le liquide de la ponction lombaire.

La première tâche est d'éliminer le foyer primitif de l'oreille mais ce n'est pas une condition absolue. La décompression par des incisions dans la dure-mère mise à nu au voisinage du rocher est moins efficace que celle produite par de nombreuses et abondantes ponctions lombaires. L'urotropine paraît sans effet dans la méningite purulente marquée.

Recherches expérimentales sur l'action de l'urotropine dans la méningite, par VAN CANEGHEM (de Breslau). — L'urotropine paraît (tout au moins dans les expériences faites sur les animaux) exercer, quand on l'emploie à temps, une action sur la marche des infections méningées. Il ressortirait qu'on pourrait la donner dans un but prophylactique pour les cas où il y aurait à redouter après l'opération une possibilité d'infection des méninges.

Présentation, par QUIX (d'Utrecht). — C'est un appareil dit « stats kineter » permettant de faire rapidement et sans aide, la réaction calorique. C'est un appareil gradué, porté sur le dos du sujet, dont l'eau s'écoule sous pression constante à l'aide d'un ressort; l'eau sortant par une canule à double courant est reçue dans un réservoir que le sujet porte sur la poitrine.

Le syndrome de Barany, par BARANY (de Vienne). — L'orateur a découvert l'an dernier un syndrome (observé sur 30 cas) et qui se compose de céphalée dans la fosse cérébrale postérieure droite, la sensibilité de la mastoïde, vertige, diminution de l'excitabilité calorique à droite, de dureté d'ouïe à droite, de bourdonnements du même côté, diminution de la fréquence du pouls et du réflexe cornéen à droite et des symptômes protubérantiels à droite. Ces symptômes surviennent quand il existe à droite une collection liquide circonscrite dans la citerne protubérantielle à l'angle ponto-cérébelleux.

Recherches sur la sensation verticale, par BRÜNINGS (d'Iéna).

Système des canaux semi-circulaires des souris dansantes, par WITTMACK (d'Iéna).

Présentation, par BRÜNINGS. — Il s'agit d'une loupe pour l'oreille, sans aberrations de sphéricité et sans reflets.

Stades de début et nature de l'otospongiose progressive, par SIENBENMANN (de Bâle). — Ce processus débute par pénétration de moelle venue du périoste dans les canaux de Havers de la capsule labyrinthique. Il y a résorption lacunaire d'os primaire. Ce processus spongieux se fait sans inflammation; il est progressif et ne s'arrête jamais.

Influence des actions sonores sur le seuil de la sensation acoustique, par V. URBANTSCHITSCH (de Vienne). — Chez des sujets normaux ou pathologiques, les diverses actions sonores peuvent produire une hyperacousie, persistant parfois quelque temps après cessation de l'action du son; il s'agit là d'une augmentation d'excitation du sens auditif. On devra tenir compte de cela dans les examens faits pour rechercher l'hyperacousie de Wilis.

Lésions acoustiques de l'organe auditif, par WITTMACK

Genèse des lésions de l'ouïe après actions acoustiques prolongées, par REINKING (de Hambourg). — Wittmaack a eu raison d'attribuer une grande importance à la transmission osseuse dans la genèse de ces lésions et de prescrire comme préventif des enveloppes de feutre (officiers de marine et artilleurs). Les travaux de Siebenmann ont pourtant ébranlé beaucoup les théories de Wittmaack. Des expériences de Reinking semblent aussi démontrer que la conduction aérienne jouerait un rôle important, tandis que celui de la transmission osseuse serait nul.

Fatigue pathologique de l'ouïe dans la névrose traumatique, par BÖNNINGHAUS (de Breslau). — Dans la névrose traumatique, il n'est pas rare d'observer au cours de l'examen une fatigue typique de l'ouïe. La négligence de ce facteur peut fausser le résultat.

Détermination de la surdité unilatérale, par WAGENER (de Berlin).

Les affections professionnelles de l'ouïe, par PEYSER (de Berlin). — L'orateur démontre que tout est encore à faire pour la prophylaxie des affections professionnelles de l'ouïe.

L'enseignement des sourds en Allemagne, par HUTMANN (de Heidenheim). — On peut calculer que sur 100.000 habitants, il y a 20 à 30 enfants en âge d'aller à l'école et qui ne peuvent suivre à cause de dureté d'ouïe l'enseignement normal et sont ainsi *intellectuellement abandonnés*. Il y a bien des progrès à accomplir, bien que depuis 1903 on eût fait beaucoup pour cet enseignement.

Les sourds-muets en Amérique et en Allemagne, par HAENLEIN (de Berlin).

La protection des sourds, par HOENLEIN.

Relations vasculaires entre l'oreille moyenne et le labyrinthe à travers la paroi osseuse de ce dernier, par ZANGE (de Iéna). — Ce sont des relations vasculaires, peu connues, au niveau du canal semi-circulaire horizontal et de la fenêtre ronde. Elles ont une grande importance pour la propagation des processus inflammatoires de l'oreille moyenne au labyrinthe à travers la capsule labyrinthique conservée.

Présentations, par UFFENORDE. — Ce sont des pièces histologiques du labyrinthe dans la méningite. Dans un cas : thrombose isolée du bulbe avec arrosion par une déhiscence du plancher de la caisse ; dans un autre déhiscence au niveau du canal semi-circulaire supérieur, au niveau du sinus pétreux supérieur.

La labyrinthite propagée, par SCHEIBE (d'Erlangen).

Histologie pathologique du labyrinthe, par RUTIN. — L'orateur présente des préparations d'un cas où la citerne périlymphatique était totalement comblée, mais où l'appareil vestibulaire membraneux était tout à fait intact. Ce cas démontre que la périlymphe n'est pas nécessaire pour la fonction vestibulaire, mais seulement pour la fonction cochléaire.

Il présente aussi des pièces de labyrinthite séreuse avec pus dans le conduit auditif interne.

La labyrinthite expérimentale, par BLAU (de Goslitz). — Les expériences ont établi que le limaçon peut s'infecter à travers la membrane tympanique secondaire et que les toxines frappent et anéantissent tout d'abord le neuro-épithélium de l'organe de Corti.

Occlusion de la trompe dans l'opération radicale, par LAUROWITSCH (d'Iéna). — La persistance de l'ouverture de la trompe entraîne persistance de la sécrétion, formation d'enduit dans la cavité opératoire. Même dans certains cas, on a vu que les fistules de l'antré devaient être attribuées à une continuation sous-muqueuse ou sous-épithéliale du canal tubaire jusqu'à l'ouverture de la fistule. L'occlusion de la trompe est donc une condition essentielle d'une guérison idéale. On a eu de fréquents succès à la Clinique d'Iéna en fermant l'ouverture par un lambeau cutané libre greffé en avant de l'ouverture tubaire. On a essayé de fermer l'ouverture par un fragment osseux libre, transplanté. Les résultats sont encourageants.

Carie secondaire après attico-antrotomie, par KREBS (de Hildesheim). — La carie secondaire guérit très bien sous des poudres, en des pansements occlusifs. Elle est due aux troubles de nutrition (section des artères, décollements du périoste) provoqués par le traumatisme opératoire.

Autoplastie par occlusion primaire et secondaire des plaies d'antrotomie, par VOSS (de Francfort-sur-le-Mein).

Opération trans-labyrinthique d'une tumeur de l'acoustique, par QUIX. — L'opération consista à enlever le labyrinthe non fonctionnant jusqu'au pore acoustique interne. On trouva dans ce dernier une tumeur du volume d'un haricot. Ablation totale ; section de l'acoustique (et du facial) au ras de la pénétration dans le cerveau. L'opération fut faite en deux temps. Résultat excellent. La tumeur était un fibrome.

Présentation, par WITTMACK. — C'est un volumineux ostéome de la cavité nasale, enlevé par opération par la fosse canine.

Radiographies d'un crâne, par SCHLEGEL (de Brunswick).

Présentation, par VAN CANEGHEM. — Ce sont des altérations tuberculeuses étendues partant de l'oreille moyenne et allant dans les diverses directions et traversant même le bulbe de la jugulaire, dans l'otite moyenne tuberculeuse.

Instruments, par ALBANUS (de Hambourg). — Ce sont des instruments destinés à introduire le radium et le mésothorium dans le nez, le pharynx, le larynx, l'œsophage.

VI. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 27 décembre 1911.

Président : Lee M. HURD.

Compte rendu par C. BREYRE (de Liège).

Réopération par voie externe d'une sinusite frontale, par CUNNINGHAM MYLES. — L'orateur rapporte le cas d'une personne souffrant

de suppuration du sinus frontal droit qu'aucun traitement endonasal n'avait guérie ; elle finit par se soumettre à une opération par voie externe qui la soulagea pendant deux ans. Après quoi elle eut un gonflement de la région sus-orbitaire qui nécessita une réintervention. Cette fois l'opérateur trouva une poche purulente limitée en bas par une adhérence épaisse entre les cellules ethmoïdales restées et le reste du plancher du sinus. La malade finit par guérir par la méthode dite à ciel ouvert.

Sarcome à petites cellules rondes du sinus frontal opéré par la méthode de Killian combinée avec la méthode à ciel ouvert, présenté par R. C. MYLES. — Le malade en question souffrait d'une affection de la fosse nasale gauche depuis février 1911. En octobre apparut un gonflement de la paupière supérieure suivi bientôt d'un écoulement très abondant de pus par la narine correspondante. Le 6 décembre 1911 il se soumit à l'intervention proposée qui consista en un Killian complet avec drainage externe partiel. La cavité du sinus frontal était comblée par une néoplasie que l'examen histologique démontra être du sarcome à cellules rondes. Cette néoplasie ayant envahi quelques cellules diploétiqques de la partie supérieure du sinus, avait perforé la voûte orbitaire et produit une suppuration localisée dans la cavité orbitaire. Les cellules ethmoïdales étaient en grande partie dégénérées.

L'opérateur présente le cas pour mémoire — le malade ne souffre plus —. En 1907 Myles avait opéré un cas semblable qui actuellement semble définitivement guéri avec un petit minimum de déformation.

VII. — SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 24 février 1912.

Président : V. N. NIKITINE.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

Présentation d'une malade ayant une néoformation de la paroi postérieure du pharynx, par J. GOLDSCHTEIN. — Cette tumeur s'est développée lentement, sans causer de douleur ; actuellement elle occupe presque toute la paroi postérieure et la paroi gauche du pharynx ; depuis un mois, la malade a de la gêne de la déglutition. Par suite de l'alimentation insuffisante, la malade s'affaiblit et maigrit. La muqueuse qui recouvre la tumeur est lisse et d'aspect normal. A la palpation, la tumeur est dure. Il y a de l'adénopathie sous-maxillaire à gauche. L'opérateur pense qu'il s'agit d'un sarcome malgré la rareté des tumeurs dans cette portion du pharynx.

LITCHKOW est d'avis qu'il s'agit d'un abcès froid tuberculeux. Il a observé un cas analogue où l'abcès existait depuis cinq mois, et il conseille de faire une incision. La radioscopie pourrait montrer s'il existe de la carie des vertèbres cervicales.

Présentation d'une malade opérée sur l'antre d'Highmore selon le procédé de Luc-Caldwel, par L. VYGODSKY. — La malade avait déjà

été opérée auparavant par le procédé de Desault-Küster. La dernière opération a été faite par L. Lévine parce que la malade se plaignait de violentes douleurs dans la région du sinus maxillaire. Il n'y avait pas d'écoulement purulent. A l'ouverture du sinus, on se trouva seulement en présence de granulations qui furent enlevées. Les douleurs cessèrent. Il est probable, selon l'orateur, que cette disparition des douleurs soit due à l'effet psychique produit par l'opération, car il n'y avait pas de pus.

Le Prof. OKUNEFF a observé souvent la disparition des douleurs après la trépanation de l'apophyse mastoïde dans des cas de sclérose. Il est probable que des filets nerveux avaient été comprimés dans des tissus cicatriciels.

Présentation d'une malade opérée d'une fistule nasale, par L. VYGONSKY. — La fistule se trouvait sous l'œil gauche et laissait couler du pus. L'exploration au stylet montre que la fistule se prolonge en haut dans l'orbite à travers la paroi inférieure et d'un autre côté, le stylet pénètre en bas dans l'antre d'Highmore. L. Lévine fit d'abord une incision vers la racine du nez à travers la fistule, découvrant l'os nasal et l'apophyse frontale du maxillaire supérieur. Trépanation de ces os et curetage des cellules ethmoïdales. Puis opération de la sinusite maxillaire selon le procédé de Luc-Caldwel. La malade guérit très bien et il n'existe pas de cicatrice défigurante.

VIII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE

Séance du 10 janvier 1912.

Compte rendu par MARSCHIK (de Vienne).

Méthode de traitement des plaies endonasales avec du collodion, par PISCHEL (comme invité) (San Francisco). — L'auteur rapporte une nouvelle méthode de pansement des plaies de la cavité du nez après les turbinotomies avec de petites pièces d'ouate imprégnées de collodion, appliquées après dessèchement parfait de la plaie. De cette façon la plaie est couverte d'un revêtement parfait et très épais sans que le nez soit encombré tout à fait par le tampon comme cela se produit avec les pansements ordinaires, si désagréables et quelquefois dangereux pour les malades. (Description détaillée dans les rapports du Congrès international à Berlin, septembre 1911.)

Moyen d'enregistrer les mouvements de langage, par HUGO STERN. — L'auteur montre, après avoir parlé de l'appareil de Zwaardemaker, l'appareil enregistreur de Gentilli, qui doit convertir les mouvements d'articulation en signes visibles et permanents. L'appareil est appelé glossographe; il est composé d'un appareil de réception et d'un appareil inscripteur des signes. Dans le premier, il y a trois appareils pour la transmission des mouvements de la langue, des vibrations du nez et du larynx.

Cas de tumeur hypophysaire opérée par la méthode endonasale, par O. HIRSCH. — L'auteur montre une fille de 16 ans qui fut affectée d'une tumeur de l'hypophyse il y a trois ans. C'était du type

Fröhlich (degeneratio adiposo-genitalis). Pas de menstruation, pas de crines pubis. Le trouble qui fut la véritable cause de l'opération était le trouble visuel, c'est-à-dire 1/10 à droite, amaurose à gauche. L'opérateur, se trouvant en présence d'une tumeur plus grande que la selle qui était élargie d'une façon médiocre, a essayé avec succès la méthode d'aspiration introduite par Krause dans la chirurgie du cerveau, et, en faisant ainsi à travers la perforation du sphénoïde et de la méninge dure, il a obtenu une masse de purée de la tumeur et du sang, de 50 cc. Le succès de l'opération se traduit à l'heure actuelle par le rétablissement visible des troubles visuels et par l'amélioration de l'état psychique, de l'apathie. Vers la même époque, Hirsch a opéré 18 cas de tumeurs hypophysaires, 16 avec succès, 2 avec exitus letalis. D'une façon générale, d'après sa méthode, 23 cas ont été opérés avec une mortalité de 8 %; d'après la méthode de Schloffer et ses modifications, on a opéré avec une mortalité de 41 %.

CHIARI rappelle ses deux cas, opérés d'après sa propre méthode — qui est une modification de celle de Schloffer — avec succès, et rappelle au Dr Hirsch le cas d'hydrocéphalie du troisième ventricule, non mentionné par cet auteur. Ce cas a été opéré de bonne foi, comme il s'agissait d'une tumeur de la glande pituitaire, mais l'opérateur, en perforant la méninge dure, lésa le troisième ventricule, car on avait affaire à une hydrocéphalie de cette cavité; la liqueur cérébrospinale s'écoula et le malade mourut.

IX. — SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 16 février 1912.

Président : PASSOW. — Secrétaire : BEYER.

Compte rendu par A. SONNTAG (de Berlin).

Traduction par MENIER (de Figeac).

Avant de passer à l'ordre du jour :

Présentation, par BRUEHL. — C'est un tabouret tournant pour l'examen de l'appareil des canaux demi-circulaires avec un appui-tête mobile dans toutes les directions et un dispositif d'arrêt très simple. Sur l'appui-tête se trouve un goniomètre et deux modèles de labyrinthe en métal pouvant être placés dans tous les plans. L'orateur a fait monter sur un pied à irrigateur dont on peut faire varier la hauteur l'otocalorimètre de Brünings, de sorte qu'on peut même s'en servir commodément pour les malades alités.

Présentation, par GROSSMANN. — Malade qui peut contracter volontairement son tenseur du tympan. En même temps le tenseur du voile du palais se meut, car il est innervé aussi par le ganglion d'Arnold. Dans ce cas on ne put confirmer l'observation de Lucae que dans la contraction du tenseur les sons graves sont entendus avec renforcement.

Nécrose étendue des parois du sinus maxillaire après scarlatine chez un jeune homme, par CLAUS. — Six semaines après le début de

la scarlatine, douleurs et gonflement de la joue droite ; saillie du globe oculaire et pus dans le méat moyen. L'opération radicale indiqua une nécrose totale de toutes les parois du sinus, sous les débris se trouvait le revêtement muqueux nécrosé. Maintenant par une ouverture dans la fosse canine on peut à travers le sinus guéri voir transversalement dans le nez.

Un cas de luxation du marteau, par KRUMBEIN. — L'orateur vient compléter sa présentation. Le fragment d'os enlevé est probablement un morceau du sillon tympanique. Maintenant on reconnaît nettement à l'otoscopie la courte apophyse et le manche du marteau.

On passe ensuite à l'ordre du jour.

Cas d'ostéophlébite-septicopyohémie, par WAGENER. — Un garçon de 14 ans eut des douleurs dans l'oreille droite, pendant 4 jours il se sentit très mal et malgré la paracentèse il eut de forts frissons, des vomissements et un état général mauvais, tandis que les manifestations de l'oreille s'améliorèrent. L'antrotomie montra peu de chose dans l'apophyse, l'os vers le sinus était dur, la paroi du sinus n'était pas malade. Après l'opération, plus de frisson ; trois jours après température normale. Rien n'indique une affection primitive du bulbe.

KRAMM : Il y a eu peut-être une thrombose relativement bénigne du sinus ou du bulbe.

SCHARFF : Je considère le cas comme une suppuration diplococcique dans laquelle il existe souvent des frissons. Dans l'opération on ne trouve que quelques cellules avec une muqueuse œdématiée ou atteinte de suppuration.

Constatations histologiques sur le labyrinthe chez les sujets à audition normale, par BRUEHL. — L'orateur a examiné 20 temporaux de 15 sujets entendant normalement et qui avaient été étudiés *intra vitam* et il a observé toutes les précautions. Il y a constaté de nombreuses modifications qui souvent sont décrites comme pathologiques tandis que ce sont des modifications survenues, *post mortem*. Sur les images projetées on voit toutes les modifications possibles de la membrane de Corti et de celle de Reissner : perte de substance de l'organe de Corti, affaissement du canal cochléaire, inflammations du tissu conjonctif dans le canal de Rosenthal, etc. L'orateur avertit de ne pas attribuer trop d'importance à ces constatations quand on les rencontre.

WAGENER : Je confirme les constatations de Brühl. J'ai obtenu de bons résultats quand le plus tôt possible après la mort j'ai injecté du formol dans le sac lombaire ou directement dans l'espace sous-arachnoïdien à travers la lame criblée.

KATZENSTEIN : J'estime que les destructions sur les préparations présentées sont dues à des altérations *post mortem* et à des déplacements intérieurs de paraffine ou de celloïdine dans les blocs sectionnés.

BEYER : Les organes décalcifiés dans les préparations animales sont si sensibles que déjà le fait de les saisir avec la main provoque des déplacements dans les cavités.

SCHARFF: Je ne crois pas que les déplacements lors des coupes aient une aussi grande importance; le contraire est démontré par les préparations que Wittmaack a obtenues en séries entières.

KATZENSTEIN: Pour défendre mon opinion j'en appelle aux travaux de Katz.

ROHR: Dans les recherches sur les cobayes j'ai été frappé de voir que la celloïdine ne se fige pas partout avec la même densité et que cela produit ainsi des déplacements dans le contenu du labyrinthe.

BRUEHL: Immédiatement après autopsie, j'ai mis les temporaux dans le formol à 10 %, puis fixé dans la solution de Orth et observé toutes les précautions. Parfois j'ai obtenu des organes de Corti admirables, tandis que dans la même coupe l'organe de Corti était peu net dans d'autres tours despire. On ne peut pas s'attendre à ce que toutes les préparations réussissent de façon régulière; Wittmaack, lui aussi, a vu que ce n'était pas possible. En tout cas il faut une grande prudence pour l'interprétation et tous les observateurs devraient observer la même prudence et le même doute.

X. — SOCIÉTÉ MÉDICALE SUÉDOISE

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 28 septembre 1911.

Compte rendu par M. LAGERLÖF (de Stockholm).

Un cas de tumeur sous-glottique, par HOLMGREN. — La tumeur déterminait une saillie de la paroi de la trachée. L'examen n'était encore tout à fait complet, mais le diagnostic vraisemblable était celui d'une tumeur maligne, à point de départ œsophagien au niveau de l'hypopharynx.

Un cas d'abcès du cervelet, par BOIVIE.

Un grain de café dans la grosse bronche gauche d'un enfant âgé d'une année, par HOLMGREN. — Le malade est mort pendant que l'on essayait d'extraire le grain par la bronchoscopie. L'auteur montre la préparation des poumons. Le grain était fixé dans la bronche depuis quelques mois, et l'inflammation bronchique avait sténosé la bronche gauche. Lorsqu'on essaya de l'extraire, le grain fut détaché de la place qu'il occupait et glissa dans la bronche droite qui devint subitement tout à fait obturée. La respiration cessa à l'instant.

Le premier congrès oto-laryngologique scandinave tenu à Copenhague les 25 et 26 août 1911, rapport par HÆGGSTRÖM.

Séance du 26 octobre 1911.

Les opérations des amygdales chez les enfants, par ARNOLDSON. — Ces opérations simples à exécuter ne doivent néanmoins être faites sans des indications strictes. D'ordinaire, il faut opérer sans narcose, d'où la nécessité de s'informer de l'état psychique de l'enfant afin de ne pas déterminer un choc psychique au lieu de rendre un service. Il faut prendre plus d'égard à l'enfant qu'aux amygdales.

Les indications opératoires pour l'ablation de l'amygdale pharyngée sont le plus souvent des troubles des oreilles (surdité récidivante et otites répétées). On doit également opérer dans les cas de gêne respiratoire nasale et d'altérations de la voix causées par les amygdales hypertrophiées.

Enfin il faut opérer dans les cas d'infection septique de l'anneau lymphatique de Waldeyer. Chez les enfants lymphatiques, il faut faire attention à l'état général qui doit être relevé avant tout.

La tonsillectomie n'est pas nécessaire.

La tonsillotomie suffit.

Les indications opératoires dans les otites suppuratives chroniques, par LAGERLÖF. — On peut diviser les otites suppurées chroniques en 6 groupes : 1  les otorrhées catarrhales simples ; 2  otorrhée avec carie ; 3  avec cholestéatome ; 4  otorrhée à cause d'un processus morbide dans le méat externe ; 5  otorrhée avec des symptômes labyrinthiques ; 6  otorrhée avec des complications intracraniennes.

Dans les otorrhées catarrhales simples la cause de la suppuration persistante est souvent à trouver dans une affection du nez ou du pharynx nasal qu'il faut avant tout combattre.

Les indications opératoires peuvent être absolues ou relatives. Les indications absolues se présentent en cas de complications intracraniennes menaçantes ou manifestes, dans certains cas accompagnés de symptômes labyrinthiques. Le cholestéatome également indique l'opération, ainsi que les procès inflammatoires de l'attique et des cellules mastoïdiennes. Si dans les suppurations otitiques une paralysie du nerf facial survient c'est encore une indication absolue pour l'opération radicale.

Dans tous les autres cas il n'existe qu'une indication relative par le fait du danger latent qui toujours est à craindre.

En faisant l'opération avec un procédé conservateur, avec la conservation des osselets de l'oreille moyenne, si cela est possible, l'opération réalise pour le malade de bonnes chances de guérison ainsi que de conservation de l'ouïe.

XI. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION LARYNGOLOGIQUE

Séance du 7 avril 1911.

Président : P. WATSON WILLIAMS.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

Spécimen d'une tumeur pédiculée sur une luette longue, par HERBERT TILLEY. — La luette a un pouce de long ; la tumeur pédiculée du volume d'un pois pendant à son extrémité supérieure. Le malade dit qu'elle existait depuis qu'il pouvait se rappeler, mais n'avait provoqué de toux que depuis 3 mois. Il s'agit sans doute d'un papillome.

Forme perfectionnée du pharyngoscope de Hay, par HERBERT TILLEY. — Il donne une image plus grande et les lampes ne touchent pas la paroi pharyngée postérieure.

Laryngite chronique, par WALTER HOWARTH. — Malade âgé de 33 ans ; il y a 2 ans écoulement nasal avec croûtes fétides ; nécrose de la cloison nasale améliorée par traitement ioduré. Un an plus tard, enrouement ; cordes rouges et gonflées, ne se touchant pas convenablement. Espace interaryténoïdien normal. Amélioration de la voix mais peu à peu cet espace devint mamelonné.

Trachéo-laryngostomie pour sténose à la suite d'une trachéo-laryngotomie, par WILLIAM HILL. — Fillette de 8 ans ; trachéotomie haute il y a 3 ans pour diphtérie. Depuis elle est obligée de porter soit un tube à tubage, soit une canule trachéale. Il y a 2 ans, dilatation de la sténose à l'aide de bougies, et pendant 3 mois porte un gros tube de tubage ; celui-ci enlevé, la sténose récidive. Il y a 6 semaines l'auteur a pratiqué une trachéo-laryngostomie. L'emploi d'anneaux en caoutchouc pour maintenir le tube de drainage en position et la fissure ouverte est de l'invention de Charles Hope.

Cancer de l'œsophage, par WILLIAM HILL. — Homme de 45 ans présenté en décembre 1910 comme temporairement guéri par des applications de radium à l'œsophage cervical et thoracique supérieur. Depuis 4 mois pas d'application, et actuellement ulcération maligne bien marquée à 22 centimètres des incisives.

Tube permanent oro-œsophagogastrique laissé en place pendant 13 semaines, par WILLIAM HILL. — Ce tube a été placé pour empêcher la dysphagie dans un cas de cancer extensif pharyngo-œsophagien. Le malade a pu avaler de la nourriture solide bien mastiquée au moyen de ce tube.

Deux cas de tumeurs malignes de l'amygdale du pharynx et de la langue, par P. R. W. DE SANTI. — 1^o Homme de 51 ans ; maux de gorge, douleur d'oreille et à la déglutition, amaigrissement depuis 3 mois ; tuméfaction du côté gauche du cou. Moitié gauche de la langue fixée à la base sur l'amygdale gauche, masse dure, à bords renversés affectant le repli glosso-palatin, s'étendant dans la base de la langue à gauche. Adénopathie sous-maxillaire et cervicale supérieure. Intervention inutile.

2^o Homme de 49 ans, mal de gorge, adénopathie cervicale à droite depuis 4 mois. Tumeur maligne dure ulcérée en partie, de l'amygdale droite, pilier antérieur et base de la langue, s'étendant à une partie du voile au palais à droite, et descendant vers le pharynx. Même pronostic que pour le précédent.

Aphonie fonctionnelle chez un garçon de 15 ans, par L. HEMINGTON PEGLER. — Aphonie depuis 3 mois, ni dyspnée, ni toux, ni stridor ; travaille dans une atmosphère remplie de fumées irritantes. Cordes s'affrontent pas dans la phonation ; pas de tremblement des cordes. Rareté de ces aphonies fonctionnelles chez l'homme. Pas d'amélioration par les courants interrompus, puis s'améliore à la suite d'atouchements au perchlorure de fer.

Tuberculose laryngée chez un garçon de 10 ans, par W. JOBSON-HORNE. — Ulcération de l'épiglotte ; l'auteur se propose d'enlever celle-ci.

Perforation du voile du palais due à la syphilis, avec phénomènes inaccoutumés, par W. JOBSON HORNE. — Femme ayant eu 5 ans auparavant un mauvais mal de gorge, qui a duré 5 à 6 semaines. Fut soignée pendant 3 à 4 mois. La perforation a envahi la plus grande partie de la moitié droite du voile ; pas d'épaississement des bords ni adhérences.

Insufflateur simplifié pour le traitement des affections de la gorge, du nez et des oreilles, par W. JOBSON HORNE.

Cas d'affection laryngée chez un homme de 45 ans, probablement tuberculeuse, mais ayant les apparences d'un épithélioma, par W. JOBSON HORNE.

Coupe histologique d'un kyste de l'amygdale, par W. H. KELSON. — Cette tumeur avait été prise pour un sarcome de l'amygdale, tellement l'organe était tuméfié.

Sténose complète du larynx par épithélioma chez un homme de 23 ans, par ST-CLAIR THOMSON. — Enrouement subit en 1909 aux Indes ; en 1910, tuméfaction de tout le larynx, surtout à gauche ; pas d'adénopathie. Corde gauche immobilisée en adduction ; moitié postérieure et aryténoïde gauche compris dans une tumeur irrégulière non ulcérée.

14 mai 1910. La tumeur est plus volumineuse ; elle occupe plus de la moitié de la lumière du larynx. Trachéotomie inférieure, puis laryngo-fissure ; corde gauche et tumeur sont enlevées. A l'examen celle-ci a un aspect fibreux. Tout alla bien jusqu'en juin ; alors survinrent plusieurs attaques de suffocation, nécessitant la remise en place de la canule trachéale. En octobre 1910, il portait une petite canule dans la région de la membrane cricoïdienne, par laquelle se produisait un stridor à l'inspiration et à l'expiration. Quand la canule était obstruée, pas de respiration par le larynx. Grosse tuméfaction du larynx, sensibilité surtout dans le diamètre transversal. Voix pharyngée. Entrée du larynx obstruée par la fixation des aryténoïdes contre la face postérieure de l'épiglotte. Réactions de Wassermann et de Pirquet négatives.

14 octobre 1910. Trachéotomie basse et insertion d'une grosse canule de Durham. Périchondrite étendue de l'épiglotte et des ailes du thyroïde. Ancienne plaie trachéale non fermée et donnant écoulement à du pus. Laryngo-fissure, mais on ne trouve rien de nouveau. En janvier Watson Cheyne a découvert un abcès dans le côté gauche du cou, réouvert le larynx et enlevé un fragment de cartilage nécrosé ; curetage de bourgeons charnus. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma. Il n'y a jamais eu d'adénopathie. On peut donc concevoir un doute sur le diagnostic, étant donnés aussi l'évolution clinique et l'âge du malade.

XII. — *ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE MADRID*

SECTION DE RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 3 février 1912.

Compte rendu par E. BOTELLA (de Madrid).

Traduction par B. DE GORSSE (de Luchon).

Un cas de laryngectomie totale, par G. TAPIA. — Il s'agit d'un malade porteur d'un épithélioma laryngé diffus qui rendit nécessaire l'extirpation totale. Le procédé choisi fut celui de Gluck en un temps, procédé qui a l'avantage d'éviter les nécroses des anneaux trachéaux, si fréquentes quand on fixe préalablement la trachée, ainsi que la marche de la maladie qui continue pendant les 20 et quelques jours nécessaires pour le 2^e temps ; en même temps les suites ultérieures sont plus simples au point de vue des pansements, des supurations, etc.

Corps étrangers de la bronche droite, par TAPIA. — Enfant qui a aspiré un protège-pointe de crayon ; il eut une crise de suffocation, puis un peu de toux, mais pas cette toux bronchique que Botella a observée dans ses cas et qu'il signale dans un récent travail comme pour ainsi dire pathognomonique ; c'était, au contraire, une toux claire et sonore ; Tapia n'a observé la toux bronchique que rarement. En sus de cette toux, l'enfant n'avait pas d'autres symptômes alarmants. La radiographie accusait la présence du corps étranger profondément enclavé dans la bronche gauche.

Sous anesthésie chloroformique, et en position latérale de Mickulicz, Tapia fit une bronchoscopie supérieure, il rencontre à grand peine le corps étranger caché par un peu de sang qui avait coulé de la langue quand on l'avait saisie avec une pince pour faciliter l'introduction du tube ; l'opérateur nettoya le champ, essaya à plusieurs reprises de cueillir le corps étranger à l'aide de la pince avant d'y arriver enfin. L'intervention dura une heure.

DECREF appelle l'attention sur la tolérance bronchique et sur l'importance de la radiologie pour le diagnostic ; il cite le cas d'un malade cachectique amené par Villa ; on avait fait un diagnostic de tuberculose ; l'examen radiographique démontra qu'il s'agissait d'un protège-pointe de crayon, long de 3 à 4 centimètres, logé profondément dans une bronche et que la mère du malade se rappela avoir été aspiré quatorze mois auparavant.

ESPIÑA rapporte un cas curieux qui fut sa première observation de radioscopie, dans lequel il vit une aiguille de crochet logée dans le poumon gauche. Ce cas est remarquable par ce fait que le corps étranger resta un an dans le poumon et, après de multiples vicissitudes, fut expulsé au cours d'une attaque de pneumonie par un coup de toux.

Pour ce qui est de la tolérance, il dit qu'il ne faut pas trop compter sur elle, et que, étant donnés les moyens dont nous disposons aujourd'hui, une fois le corps étranger diagnostiqué, il doit être enlevé car on évite ainsi des accidents qui peuvent être mortels.

GONZALEZ ALVAREZ rapporte également le cas cité par Espina car,

il se trouvait dans sa clinique particulière ; il dit qu'il ne considère pas la toux rauque comme un symptôme décisif pour le diagnostic des corps étrangers de l'arbre-aérien.

XIII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 15 mars 1912.

Président : KILLIAN. — Compte rendu par Max SCHEIER.

Traduction par MENIER (de Figeac).

Modification des organes du pharynx à la suite de la syphilis congénitale, par WEINGAERTNER. — Chez la malade la paroi postérieure du pharynx et le voile sont adhérents par des cicatrices, il ne reste qu'un orifice de la grandeur d'une cerise ; on ne voit pas l'épiglotte. A l'endroit où on devrait la voir se trouve une fente située longitudinalement de $1/2$ cent. de large et de 1 cent. $1/2$ de long, à travers laquelle on voit dans la profondeur deux ouvertures séparées par une incision transversale. Dans l'ouverture antérieure on peut voir les tiers postérieurs des cordes vocales ; l'ouverture postérieure est l'œsophage. Chose curieuse, la malade peut déglutir sans trouble.

Présentation d'un chanteur pouvant chanter à double voix, par SCHEIER. — Le chanteur d'opérette qui a une voix normale puissante et est un baryton avec grande étendue vocale est capable de chanter volontairement avec double voix. La voix prend alors un autre timbre ressemblant à celui d'un instrument, à celui d'un harmonium ; ou encore on dirait que dans un duo il y a une clarinette et un flageolet qui jouent. Les méthodes usuelles d'examen ne permettent pas de se rendre compte comment le chanteur produit cette double voix. Quand le miroir laryngologique est introduit, il ne peut malgré sa grande habitude produire la double voix. Cordes vocales normales, comme aussi les bandes ventriculaires et le ventricule de Morgagni. L'examen radiographique montre que lors de la production de la double voix la partie supérieure du larynx se place en arrière et est presque horizontale et vient toucher la paroi postérieure du pharynx. En outre on constate que la partie inférieure de la portion pharyngienne de l'épiglotte se place sur les sommets des aryténoïdes, tandis que quand le sujet chante un son simple on voit ici un vaste intervalle. Il faut donc admettre que dans la double voix un des sons est produit sur les cordes vocales et l'autre par l'épiglotte ; alors qu'il se forme un rétrécissement sonore à l'endroit où l'épiglotte vient toucher par sa partie supérieure la partie postérieure du pharynx. Par comparaison l'orateur présente des radiographies du tube d'ajutage d'autres chanteurs d'opéra et de ventriloques.

Deux cas de décanulement difficile, par ALBRECHT. — La sténose était post-diphthérique ; chez un des enfants elle rétrécissait la lumière du larynx au tiers de la normale et chez l'autre avait amené une occlusion totale. Bon résultat par laryngostomie. La méthode à l'éponge de caoutchouc a rendu de très grands services pour le tamponnement.

KILLIAN : J'ai eu toute une série de succès par laryngostomie sur des cas analogues. Voici comment se produisit la guérison : la peau extérieure se met en relation au moyen de tissu cicatriciel avec le reste de muqueuse qui entoure la sténose et est rétractée en forme d'entonnoir. Il est bon d'attendre des semaines et des mois jusqu'à ce que ce processus se soit achevé. On ferme alors par une opération plastique l'ouverture du larynx.

Cas de périchondrite du larynx chez un enfant, par **ALBRECHT**. — L'étiologie est très probablement la tuberculose. Le cartilage thyroïde est mis à nu depuis dehors.

Cas d'abcès chronique de l'œsophage, par **ALBRECHT**. — Les troubles dysphagiques étaient si considérables que le malade ne pouvait même plus avaler les liquides. L'examen au moyen de l'œsophage montre un bombement uniforme de la paroi postérieure de l'œsophage ne laissant en avant qu'une étroite fente libre. Lors de l'examen de la consistance à la sonde, celle-ci pénétra et il sortit une quantité de pus. Incision de l'abcès ; guérison. La cause des abcès péri-œsophagiens est d'ordinaire un corps étranger dégluti qui provoque une lésion de la surface de la muqueuse.

HEYMANN : Il y a des cas de ce genre consécutifs à l'erysinol de la tête.

Radiographie d'une tumeur du pharynx, par **ALBRECHT**. — Le malade présentait un gonflement élastique de la paroi postérieure du pharynx. C'était une gomme ramollie.

XIV. — SOCIÉTÉ DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DE MOSCOU

Séance du 25 janvier 1912.

Président : E. STEPANOFF.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

Un cas de laryngostomie, par M. HENKINE et V. MECHTERSKY. — Malade âgée de 18 ans, souffrant souvent de la gorge depuis l'enfance. En 1909 la voix disparut progressivement. En 1910 la sténose devint si grande que l'on fit une trachéotomie. A l'inspection, on constate que la fente laryngée est tout à fait fermée et ne laisse même pas passer une sonde. Les cordes vocales sont immobiles, les cartilages aryténoïdes sont rapprochés. Par l'ouverture de la trachéotomie on voit sur la paroi postérieure une masse grise, dure au palper, constituée par un séquestre formé par un fragment de cartilage de la trachée. Le 30 mars 1911 on ouvre le larynx et l'on découvre de grosses masses cicatricielles sur la paroi postérieure et les parois latérales. Ablation de ces masses qui remplissaient toute la lumière du larynx. Pansement à la gaze iodoformée. Alimentation par du lait selon le procédé de Semon. Le 9^e jour on fait la dilatation par des drains en caoutchouc. La dilatation fut pratiquée pendant 6 mois 1/2 puis on enleva le drainage et actuellement la malade respire par les voies naturelles.

Ce cas présente un intérêt par suite : 1° de l'existence d'un séquestre qui aurait pu être repoussé en bas et amener des suites fâcheuses ; 2° de la formation d'une poche constituée par un dédoublement de la muqueuse. Il faut noter aussi que les pansements ont dû être faits pendant longtemps et ont été très pénibles pour la malade.

Le Salvarsan et la surdité, par E. MALIOUTINE. — L'orateur présente les observations des 3 malades syphilitiques auxquels on avait fait une injection de 606 et qui devinrent sourds deux mois après l'injection. Les malades étaient syphilitiques depuis 3 mois, 5 mois et 6 ans. Il est difficile d'admettre que la surdité soit due à une action toxique du salvarsan ; en effet, un temps prolongé s'était écoulé entre l'injection et l'apparition de la surdité ; dans les intoxications on voit apparaître subitement des phénomènes atrophiques, tandis qu'ici il y avait d'abord des phénomènes d'irritation et d'inflammation ; le 606 et les autres médicaments anti-syphilitiques guérissent les neuro-récidives. L'orateur est donc d'avis que le 606, comme d'autres substances antiseptiques, en même temps qu'il a une action sur les microbes, peut affaiblir l'organisme surtout dans les régions de moindre résistance. Il faut donc, avant une injection de 606, faire un examen de l'oreille, et si cet organe est insuffisant il faut considérer que l'injection de 606 est contre-indiquée, de même qu'on l'admet dans les cas de tuberculose et de cardiopathie.

N. SCHNEIDER a observé aussi un cas de syphilis récente où une surdité complète est apparue 1 mois 1/2 après une injection intraveineuse de 606.

N. HIRCHBERG a observé trois cas où le système nerveux présentait des troubles après une injection de salvarsan. Dans le 1^{er} cas la surdité complète apparut 2 mois après l'injection et céda assez rapidement sous l'influence du traitement mercuriel.

Dans le 2^e cas, paralysie du n. facial et surdité d'une oreille, notablement améliorée sous l'influence du traitement mercuriel. Dans le 3^e cas les phénomènes nerveux ne furent pas améliorés malgré le traitement mercuriel énergique, de sorte que l'orateur se demande s'il s'agit véritablement de lésions syphilitiques du système nerveux central.

E. STEPANOFF a observé un syphilitique âgé de 34 ans traité en juin par 12 injections mercurielles. Le 1^{er} septembre, injection intraveineuse de salvarsan. Un mois après surdité de l'oreille droite, vertiges, bruits céphaliques (et non auriculaires), troubles de l'équilibre de caractère labyrinthique.

Amélioration notable au bout de quelques jours. Il est probable que le salvarsan a été la cause de ces troubles.

Un cas d'anomalie de la sécrétion nasale (hydrorrhée), par V. SOKOLOFF. — Le malade n'avait jamais souffert du nez auparavant. En mars 1911 il remarqua un écoulement abondant du nez plusieurs fois par jour, chaque fois une cuillerée à dessert environ, ce qui faisait près de 2 verres par 24 heures. On fit l'ablation du cornet moyen qui présentait des polypes, mais l'écoulement ne se modifia pas.

Etat actuel : hypertrophie modérée des cornets inférieurs ; pendant l'examen il s'écoule un liquide cristallin par la moitié gauche du nez, liquide contenant 0 gr. 20 d'albumine pour 1000 ; cet écoulement se répéta cinq fois en 25 minutes. La position de la tête est sans influence sur l'écoulement du liquide. Le lavage de l'antre d'Highmore par un alvéole dentaire n'arrêta l'écoulement que pour quelque temps. L'examen microscopique d'un fragment du cornet moyen montra qu'il s'agissait de rhinite chronique hypertrophique glandulaire polypeuse. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, ce qui permet d'exclure une affection du sinus frontal, ethmoïdal, etc. Pas de céphalée ni d'acromégalie. Cependant les rayons X montrent sous la selle turcique une néoformation. Il existe donc une tumeur qui a usé l'os et le liquide semble bien être du *liquide céphalo-rachidien*. Le malade est mort de méningite peu de temps après l'examen.

V. MECHTERSKY a vu une préparation du Dr Minor où il existait une perte de substance de la fosse cérébrale antérieure gauche. Le malade avait eu de l'écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez et est mort de tumeur cérébrale. Il y avait un kyste sous la dure-mère communiquant avec le nez.

XV. — SOCIÉTÉ ROYALE HONGROISE DE MÉDECINE

SECTION DE RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 24 octobre 1911.

Président : ONODI.

Compte rendu par D. DE NAVRATIL.

Traduction par MENIER (de Figeac).

Réséction sous-muqueuse de la cloison et opération nasale bilatérale faites en même temps, par POLYÁK. — Le malade âgé de 63 ans souffrait de graves crises d'asthme et d'obstruction nasale bilatérale totale. Comme il était impossible d'enlever les polypes à cause de la déviation considérable de la cloison, on a fait d'abord la réséction sous-muqueuse, et immédiatement après on a enlevé la quantité considérable des polypes présentés ; il a fallu réséquer les deux cornets moyens et cureter totalement des deux côtés l'ethmoïde complètement rempli de pus et de polypes. Pas de tampon après l'opération, pas d'hémorragie secondaire. Le malade a quitté le lit 48 heures après et aujourd'hui il s'est rendu à la séance par le tramway. Ce cas est présenté pour fournir la preuve comment des interventions considérables et combinées peuvent être faites même chez des malades âgés et comment par une seule intervention on peut débarrasser les patients de leurs souffrances.

D. DE NAVRATIL. La réséction sous-muqueuse est une opération aseptique et autant que possible il ne faudrait pas la faire en même temps que celle d'un empyème à cause du danger de l'infection.

DONOGÁNY. Toute opération nasale peut être faite aseptiquement bien que ce ne soit pas l'idéal.

ZWILLINGER. L'opération concomitante ne peut être posée en règle ; tout dépend de la maladie et de la constitution du malade.

POLYAK. On ne peut faire dans le nez une aseptie rigoureuse, car il existe toujours des bactéries; cependant depuis des années j'observe l'aseptie la plus grande possible.

Polype choanal provenant du sinus maxillaire, par LENGVEL.

Hydropisie du sinus maxillaire, par BAUMGARTEN. — La moitié droite de la face du garçon de 14 ans ressemblait à la face bouffie d'une grenouille. Au-dessous de l'apophyse zygomatique grosse saillie; l'os dans la fosse canine était parcheminé; état normal dans le nez. L'opération fut faite à la manière ancienne. On fit une grande ouverture dans la fosse canine, la sécrétion séreuse et gluante fut évacuée et on introduisit des mèches de gaze iodoformée jusqu'à ce qu'il se produisit une suppuration. Dans ce cas il fallut 15 jours et il est curieux de voir que tant que la suppuration ne s'est pas produite il n'y a pas d'amélioration. Dès que la suppuration a lieu tout marche vite, le gonflement disparaît, l'ossification se fait et la guérison survient. Cette vieille méthode opératoire n'est pas chirurgicalement idéale, mais j'y suis revenu car l'ouverture par la paroi nasale externe est désagréable pour le malade, car dans les premiers jours la sécrétion coule dans la gorge quand il dort et elle provoque des crises d'étouffement. Le sujet est guéri.

Cas de kyste du maxillaire opéré, par KELLERMANN. — Le cas a été déjà présenté ce printemps; je parlais d'une nouvelle présentation après opération. Elle fut faite le 21 septembre par le Dr Polyak sous anesthésie locale et le grand kyste fut énucléé in toto. Suture primaire après opération; pas d'hémorragie; simplement gonflement marqué de la joue. Comme la tension était très grande on fit le 3^e jour une ponction de la cavité opératoire, mais dans celle-ci on ne trouva pas de liquide. Le gonflement diminue à vue d'œil tous les jours. Aujourd'hui (15^e jour) il existe encore une petite fistule dans l'angle externe de la plaie de laquelle suinte un peu de liquide mêlé à du pus.

Sur la chirurgie des amygdales, par D. DE NAVRATIL. — Une analyse complète de la communication de l'orateur a été publiée ici même dans le n° de janvier-février 1912, p. 316.

TÓVÖLGYI. L'orateur n'a pas mentionné la forme d'amygdale hypertrophiée sagitalement; pour celle-ci j'ai fait construire un instrument. Avec le tonsillotome de Mathieu j'en ai jamais blessé les piliers parce que je les écartais avec l'instrument. La tonsillectomie ne doit être faite que dans les récidives fréquentes. Pour les hémorragies, les agrafes de Michel rendent de grands services; seulement, elles sont douloureuses et difficiles à enlever.

XVI. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE PHILADELPHIE

Séance du 30 avril 1912.

Secrétaire : CH. A. O. REILLY.

Président : ROSS HALL SKILLEM.

Compte rendu par MASSIER (de Nice).

Les six communications suivantes ont toutes rapport au sinus maxillaire :

1° Anatomie du sinus maxillaire, par Ch. A. O'REILLY. — Aperçu sur la configuration, les rapports de l'antre d'Highmore.

2° Pathologie et diagnostic de la suppuration du sinus maxillaire, par GEORGE W. MACKENZIE. — Il est nécessaire avant tout de connaître l'anatomie, la physiologie et l'histologie de la muqueuse du sinus.

Est composée de trois couches essentielles :

1° Couche superficielle : épithélium cylindrique cilié avec une membrane basale.

2° Couche moyenne : tissu conjonctif très lâche, avec glandes tubulaires, plus rares que dans le nez ; quelques cellules rondes lymphatiques.

3° Couche profonde : tissu conjonctif dense très attaché au périoste.

Pathologie : Le processus inflammatoire passe selon le degré d'irritation de la simple congestion de la muqueuse avec gonflement et rougeur à l'inflammation plus vive avec augmentation des petites cellules rondes. La nature de la sécrétion se modifie, elle s'épaissit, s'opacifie et devint plus grave : c'est là la forme la plus simple du catarrhe aigu.

Que l'irritation augmente, par virulence plus prononcée des microbes, l'inflammation est plus grande. Congestion, épaisseur plus prononcée de la muqueuse, infiltration plus active des cellules rondes, caractérisent cette phase. L'œdème s'installe, l'exsudat séro-fibreux augmente, les orifices se ferment et la rétention se manifeste.

Que ces attaques se répètent, il y aura alors changement dans la muqueuse. Hypertrophie de tous les éléments.

L'inflammation continuant, il y aura suppuration avec métaplasie marquée de l'épithélium avec transformations malignes possibles.

D'autres infections (tuberculose, syphilis, ozène) peuvent atteindre le sinus.

Diagnostic : Les symptômes et signes habituels sont : 1° fièvre ; 2° douleur ; 3° gonflement et rougeur de la paroi externe ; 4° sensibilité à la pression ; 5° écoulement muco-purulent semi-latéral ; 6° sensation subjective d'odeur désagréable dans le nez mais non objective ; 7° œdème inflammatoire de la muqueuse du méat moyen ; 8° la diaphanoscopie ; 9° la ponction diamétrique avec pus.

3° Au point de vue dentaire, par Joseph RUGGINS. — On connaît les relations du sinus et de certaines dents. Cependant, il ne faut pas parce qu'une dent est abcédée ou parce qu'elle a une pulpe purulente, la rendre responsable d'une infection sinusale : tout au contraire le sinus malade a peut-être causé le trouble dentaire.

En conclusion : La carie dentaire n'est pas la cause directe de l'antrite maxillaire, mais peut devenir une cause prédisposante.

4° Complication orbitaire, par WENDELL REBER. — Il est étonnant que les complications orbitaires ne soient pas plus fréquentes étant donnés les rapports de l'œil avec tous les sinus accessoires.

La cloison qui sépare le sinus maxillaire de l'orbite est plus épaisse que celle des parois interne et supérieure, ce qui explique la moindre

fréquence des complications par le sinus maxillaire. La voie d'extension peut être directe, occasionnant de la cellulite orbitaire et de là de l'infection du sinus caverneux. L'infection peut aussi suivre la voie veineuse : les anastomoses sont en effet fréquentes entre les veines ophtalmiques inférieure et supérieure, les veines faciale et palatine, et le plexus orbitaire et ptérygoïdien.

Les symptômes de la cellulite orbitaire d'origine sinusale sont : l'œdème des paupières, la protrusion de globe oculaire, la limitation des mouvements du globe oculaire, la douleur du nerf de la V^e paire, la sensibilité du nerf optique et la sensibilité à la lumière.

L'exophtalmomètre d'Hertel d'Iéna permet la mesure de la protrusion du globe oculaire.

Le diagnostic de la cellulite orbitaire au début n'est pas facile.

Il y a d'autres états intra-oculaires imputables à la sinusite maxillaire. La thrombose des vaisseaux centraux de la rétine, très difficile à déterminer.

Une autre source d'infection a lieu par les vaisseaux lymphatiques.

5° Opérations intra-nasales sur le sinus maxillaire, par ROSS HALL SKILLERN. — Il faut d'abord commencer par la ponction au trocart et l'irrigation. Ce traitement durera tant que la consistance et la quantité de l'écoulement ne seront pas modifiées. L'irrigation sera quotidienne au début, puis trihebdomadaire ou bihebdomadaire tant que l'écoulement n'augmente pas.

Si l'infection est insuffisante il faut intervenir dans le nez :

1° par une ouverture large au-dessous du cornet inférieur ;

2° par une ouverture large dans la fosse nasale moyenne (méthode de Dahmer et méthode d'Onodi, ou mieux méthode pré-turbinale).

Dans cette dernière méthode le sinus est atteint par la face antérieure au lieu de la face latérale. L'avantage consiste en : 1° une inspection facile de l'intérieur du sinus ; 2° la possibilité d'applications locales en cas de persistance de zones malades ; 3° la conservation du cornet inférieur dans son intégrité.

6° Chirurgie extra-nasale du sinus maxillaire, par GEORGE M. COATES. — Quand la ponction diamétrique et les lavages, les opérations extra-nasales ont échoué il faudra recourir à l'ouverture du sinus maxillaire par voie extra-nasale.

Le but de l'opération extra-nasale est d'établir un drainage nasal permanent après enlèvement par la fosse canine de tous les tissus osseux nécrosés, de toute la muqueuse dégénérée ou de cette muqueuse incapable de se régénérer.

Deux méthodes opératoires persistent : le Caldwell-Luc et l'opération de Denker.

La technique opératoire de ces deux procédés est bien établie et bien connue. Nous croyons donc inutile d'en faire ici la description.

En somme : 1° Des cas qui n'auront pas bénéficié du traitement intra-nasal deviennent justiciables soit du Caldwell-Luc, soit du Denker.

2° Les cas dans lesquels on croira à l'insuffisance dès le début du

traitement intra-nasal devront immédiatement et d'emblée être soumis au traitement extra-nasal. Ces cas sont ceux qui depuis longtemps sont atteints de dégénérescence étendue de la muqueuse ou de carie des parois osseuses.

3° Le Caldwell-Luc et le Denker sont les deux seules méthodes recommandables.

4° Si le Caldwell-Luc échoue, la seule ressource c'est le Denker.

5° Le Caldwell-Luc consiste à enlever une grande partie de la paroi antérieure du sinus maxillaire, à cureter entièrement tous les tissus malades et à établir une ouverture intra-nasale permanente, en laissant la première incision dans le sillon gingivo-labial se fermer tout seul par première intention.

6° Le Denker est une modification de cette méthode en comprenant l'angle antérieur en dedans de la crête piriforme dans l'os enlevé.

HERBERT GODDARD attire l'attention sur la partie latérale du nez qu'on appelle la région membraneuse : c'est là que se montrent les premières modifications physiologiques en raison de sa composition en deux couches de muqueuse.

O'REILLY montre un spécimen d'un kyste dentaire pris à tort pour un double sinus. Les doubles sinus sont causés par une cellule ethmoïdale poussant et s'accrochant à l'intérieur de l'antre tandis que les kystes dentaires sont des productions pathologiques de la racine d'une dent.

MACKENZIE mentionne comme signe de diagnostic la douleur tout le long du nerf sous-orbitaire.

GLEASON recommande l'examen aux rayons X. Il fait une ouverture d'un pouce de long dans le méat inférieur par où il pourra facilement laver le sinus avec un cathéter d'Itard.

WILLIAM HISSCHLER met en garde contre les nombreuses anomalies du sinus.

A la demande de KISSLER, pourquoi le liquide refuse-t-il de retourner après la ponction, on peut invoquer quatre causes : 1° L'aiguille peut être introduite dans la muqueuse de la paroi postérieure ; 2° la muqueuse peut être gonflée au point de boucher la lumière du sinus ; 3° le cornet moyen peut être hypertrophié et presser sur la paroi nasale latérale, s'opposant ainsi au passage du liquide à travers l'ostium naturel ; 4° la lumière de l'aiguille a pu être obstruée par une particule d'os.

XVII. — SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE ROUMANIE

Séance du 6 mars 1912.

Président : ORESCU. — Secrétaire : MAYERSOHN.

Compte rendu par COSTINIU.

Tuberculose de la langue et du larynx, par SILIZMANN. — L'auteur présente un homme de 49 ans, fumeur (8 grammes par jour) qui nie tout antécédent spécifique et qui accuse depuis un an des douleurs

à la langue et un enrouement persistant. Il porte sur le bord gauche de la langue et vers son milieu une ulcération de la forme et de la grosseur d'un haricot et infiltrée au toucher. Le ganglion correspondant est pris. Au larynx la bande ventriculaire droite est très infiltrée et couvre complètement la corde vocale du même côté. Pas de douleur à la déglutition mais très grande douleur à la mastication due à l'ulcération du bord lingualé. Wassermann complètement négatif. Malgré l'état mauvais du sujet, l'auteur ne pense pas à une tumeur maligne car la maladie aurait fait de plus grands progrès dans un an. Pas d'antécédents bacillaires. Le malade a eu une pneumonie il y a 3 ans.

CONSTANTINESCU croit à une lésion bacillaire aussi bien sur la langue que dans le larynx.

Présentation, par VEXLER-VEREA. — Une dame atteinte d'une complète obstruction nasale due à une énorme hypertrophie de la tête et de la queue du cornet inférieur droit se plaint depuis un mois d'une anosmie absolue du même côté. La tête du cornet inférieur gauche est également hypertrophié. L'auteur conseille l'opération et croit pouvoir promettre le retour du sens de l'odorat. Mais après l'opération, faite à l'étranger, avec la même promesse, non seulement l'odorat ne revient pas mais l'anosmie s'installe également à la narine non précédemment atteinte! Six semaines après la malade se plaint de nouveau de difficulté de respirer pas le nez et est revue par V.-V. qui trouve en dehors de l'anosmie complète, le cornet inférieur droit encore assez hypertrophié malgré la très grande quantité de chair enlevée du nez, et en outre une hypertrophie du cornet moyen gauche. V.-V. appuie surtout sur l'énormité de l'hypertrophie de la totalité du cornet inférieur droit dont la queue atteignait et repoussait la paroi postérieure du naso-pharynx, sur la tendance au retour de l'hypertrophie sans qu'on puisse penser à quelque tumeur maligne et sur la disparition de l'odorat après l'opération en dehors et en opposition de toute prévision.

Après l'opération sur les deux narines, faites en une seule séance, les tympons ont été laissés en place pendant quatre jours. On discute à ce propos *sur le temps qu'il convient de laisser le nez tamponné* à la suite d'une opération ou à la suite d'un épistaxis.

CONSTANTINESCU laisse la narine tamponnée pendant 48 heures.

FELIX ne laisse jamais le tampon plus de 24 heures. Si, une fois le tampon enlevé, il y a encore suintement de sang, il l'arrête par tout autre moyen hémostatique.

MAYERSOHN le plus souvent ne met aucun tampon après les opérations endonasales. S'il y a toutefois du suintement sanguin il l'arrête avec du penghavar djambi. Pour l'épistaxis il met un tampon serré et imbibé de $H^2 O_2$ qu'il laisse en place 24 heures et le remplace par un autre, s'il en est besoin, tous les 24 heures.

VERIA n'enlève pas le tampon avant 48 heures.

FELIX dit qu'il y a actuellement une tendance générale parmi les spécialistes surtout de l'Allemagne, de ne pas tamponner après les

opérations sur les cornets ou la cloison. La guérison se ferait beaucoup plus vite. Mais ces malades sont internés et mis sous observation.

Sténose laryngée syphilitique, par COSTINIU et METIANU. — Les auteurs présentent un jeune homme atteint de suffocation due à une sténose spécifique du larynx. Celui-ci ne peut être examiné à cause de la forme en tire-bouchon de l'épiglotte qui le masque totalement. Wassermann positif. Une trachéotomie d'urgence doit être faite. Après un traitement mercuriel sans effet on lui fit une injection Ehrlich. Avant l'injection on ne pouvait pas, sans provoquer des suffocations enlever la canule; trois jours après l'injection la canule est enlevée et le malade reste cinq jours sans éprouver une très grande gêne à la respiration sauf pendant la nuit. On fait une trachéoscopie et on aperçoit les aryténoïdes augmentés de volume et flanqués de deux petites ailes flottantes qui, à l'inspiration surtout, bouchent presque complètement la glotte. Les auteurs en ont enlevé à la pince 6 à 7 morceaux, mais ils ne peuvent pas se prononcer sur la nature de ces petites ailes. Il est possible que ce soient des masses polypeuses ou qu'elles soient formées par le revêtement muqueux et hypertrophié des aryténoïdes et qui pendent n'ayant pas de soutènement.

ORESCU ne voit rien à la laryngoscopie indirecte à cause de l'épiglotte. Aussi croit-il qu'une épiglottomie partielle avec la pince de Gouguenheim serait indiquée.

FELIX ne voit pas l'utilité de cette opération tant que la forme curieuse de l'épiglotte ne gêne pas le malade et tant qu'on peut opérer le malade par laryngoscopie directe.

Laryngo-typhus, par COSTINIU. — Une jeune fille de 18 ans canularde depuis le mois d'août (elle a eu la fièvre typhoïde en juillet) et ne peut rester même un instant sans canule. Le pertuis de la sténose laryngée est tellement étroit qu'on se trouve dans l'impossibilité de faire la laryngoscopie directe. La laryngostomie est tout indiquée.

Laryngites chroniques, par SELIGMANN. — L'auteur traite les laryngites chroniques avec très grand succès par des instillations locales quotidiennes ou tous les 2 jours.

Collyr luteum adstringens..... 20 gr.

Aqua distillata..... 50 gr.

Sarcome endo-nasale, par COSTINIU et METZIANU. Homme 60 ans. Depuis un an gêne à la respiration nasale. A l'examen toute la narine gauche est remplie par une tumeur qui obstrue également la narine droite à la suite de la déviation du septum par compression de celui-ci par la tumeur. A la rhinoscopie postérieure la tumeur proémine et bouche les choanes. — La région malaire gauche est légèrement enflée. L'œil gauche est une exophtalmie. On diagnostique sarcome. L'examen microscopique confirme le diagnostic. Opération ce matin même. Réaction partielle du maxillaire supérieur par enlèvement de la paroi antérieure et interne du sinus maxillaire et du plancher de l'orbite. Extirpation de la tumeur qui remplit tout le sinus maxillaire,

la fosse nasale, le cavum va dans l'orbite et englobe les cellules ethmoïdales. Conservation de la voûte palatine et de l'os malaire. Toute la cavité occupée par la tumeur a été bourrée de mèches et on a posé un gros drain dans la narine.

Epithéliome du nez, par COSTINIU. — Un homme de 55 ans en pleine crise de rhumatisme polyarticulaire aiguë se voit atteint, en décembre, d'une gêne à la respiration par la narine droite qu'il attribue avec ses médecins à un simple coryza unilatéral... Entre temps les ganglions sous-maxillaires se prennent, s'enflent, durcissent et forment une masse énorme qui immobilise la tête du patient en même temps que la narine s'obstrue complètement. A l'examen, il y a 14 jours, la narine droite est remplie par une tumeur saignante au moindre toucher, tumeur qui descend en arrière jusque près du bord du voile. La masse ganglionnaire couvre toute l'épaule et le cou à droite. Jugeant le cas inopérable je soumetts le malade à des séances de radio et de radiumthérapie. Après cinq séances la masse ganglionnaire est réduite à moitié de son volume et le malade se sent bien mieux. Nous allons continuer avec les séances de radiumthérapie.

Méningite purulente otique, par CONSTANTINESCU. — Homme 62 ans. Otite aiguë en janvier avec application de cataplasme sur l'oreille suivie d'otorrhée. En février les douleurs persistent et l'auteur fait une paracentèse sur la petite ouverture spontanée. Les douleurs se calment pour 8 jours et puis reviennent. Nouvelle paracentèse sans aucun effet sur la douleur qui devient insupportable. Le lendemain même douleur mais sans température et sans douleur à la pointe de la mastoïde. Sensation d'engourdissement de toute la surface qui entoure l'oreille. Je conseille l'antrotomie immédiate que le malade refuse. Je le revois 5 jours avec 40°. Opération le lendemain. Méningite purulente. Mort le même jour.

Présentation, par BIRMAN-BERA. — L'auteur fait la communication suivante comme contribution à l'Enquête sur l'ozène entreprise dans tous les pays à l'initiation d'Alexander (de Berlin).

« Puisque nous ne sommes pas encore fixés sur la pathogénie de l'ozène, puisque, avec Gradenigo, nous ne pouvons pas considérer la théorie pathogénique de Zaufal comme bien fondée vu que nous avons rencontré beaucoup d'ozéneux à fosses nasales étroites, je propose malgré la recommandation de prudence de Zarnicko, d'essayer la résection totale du cornet inférieur.

« De cette façon nous diminuons une partie de la surface sécrétante de la muqueuse nasale et, en même temps, nous enlevons une cause de stagnation des croûtes. Les irrigations pourront être faites, avec plus d'efficacité. Si les injections de paraffine (Moure, Brockaert etc.) tendent à la diminution de la cavité trop large des fosses nasales, ma tendance est d'arriver au même but par une voie diamétralement opposée. Et le dicton français : les extrêmes se touchent, sera vérifié une fois de plus.

ORESCU se souvient qu'en 1894-95, un autre auteur a eu la même idée mais poussée à l'extrême, car il ne réséquait pas seulement le

cornet, raclait et curetait toute la muqueuse nasale. O. lui-même a fait chez plusieurs ozéneux ce curetage de la pituitaire : l'amélioration qui survenait était de courte durée car les symptômes de l'ozène revenaient avec plus d'intensité encore.

XVIII. — SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID

Séance du 30 octobre 1911.

Président : HORCASITAS. — Secrétaire : GEREDA.

Compte rendu par E. BOTELLA (Madrid) et B. DE GORSSE (Luchon).

Papillome récidivant, par Jimenez ENCINA. — L'auteur commence par rappeler toutes les opérations proposées pour combattre cette maladie, jusques et y compris le procédé nouveau et curieux de Ferreri, de Rome. Puis il dit que l'on peut, par une lente éducation, arriver à opérer les enfants par les voies naturelles.

Il présente un enfant de 13 ans, qui a déjà été opéré sept fois depuis l'âge de six ans. Chaque fois, les récidives sont moins violentes comme quantité de la masse tumorale et elles s'espacent de plus en plus ; l'auteur pense arriver à ne plus avoir de récidive.

Il commence à avoir une petite statistique de six cas.

MORALES rapporte le cas d'une petite fille de Saint-Sébastien chez qui la trachéotomie suffit à ramener la guérison.

BOTELLA dit que lorsqu'il y a tant de traitements, c'est qu'ils sont tous mauvais. Il ajoute un mot sur l'emploi de la magnésie.

RUEDA fait observer que tout le monde paraît être d'accord pour repousser les grandes interventions. Nous savons tous que les récidives surviennent quel que soit le traitement. Invenay croit à de la bacillose ; l'école de Lyon, Poncet en tête, est partisan de cette théorie, car cette affection ne survient que sur des sujets lymphatiques, sur des sujets qui paraissent être porteurs d'une toxine X, de nature bacillaire. C'est donc surtout sur le traitement médical général, qu'il faut appuyer, afin de modifier la résistance organique de l'individu.

Hernandez PEREZ dit que les grandes interventions ne sont pas nécessaires. Il pense que les polypes peuvent être considérés comme précurseurs de tumeurs malignes et il rappelle un cas où, après extirpation de papillomes, il survint, au même endroit, des épithéliomas des cordes vocales. Il cite enfin le traitement par l'eau de chaux à la dose d'un demi-litre.

HORCASITAS cite deux cas où la guérison survint à la suite d'une simple trachéotomie.

Jimenez ENCINA se félicite que sa modeste communication ait provoqué une discussion aussi intéressante. Il ne pense pas que la trachéotomie puisse tenir lieu exclusivement d'opérations endo-laryngées.

Cas de corps étranger de la bronche droite, par E. BOTELLA. — L'auteur a vu un enfant de 5 ans, qui, quarante jours auparavant

(4 septembre), a avalé en riant un pépin, *du mauvais côté*. Accès de suffocation immédiat, toux violente, vomissements, menace d'asphyxie pendant dix minutes; la toux persiste pendant deux heures, puis se calme pour recommencer à chaque prise d'aliments.

Calme relatif pendant quinze jours; puis quintes de toux presque constantes. Alors catarrhe avec fièvre pendant cinq jours, et expectoration parfois sanguinolente. Passé cela, dyspnée d'effort.

Radiographie par Robles; ombre au côté droit du sternum, entre les 4^e et 5^e côtes.

Couleurs bonnes, voix claire, respiration facile; de temps en temps coup sec de toux, à caractère bronchique.

Bruit de frottement à l'auscultation; le foyer est au quatrième espace intercostal droit; bruit de valvule à certaines quintes de toux.

Le malade chloroformisé, Botella passa un tube de Killian de 7 millimètres jusqu'à la bronche droite et aperçut le corps étranger sous forme d'une petite arête blanche, mobile. Extirpation sans effort au deuxième essai, à l'aide de la pince plane fenêtrée de Killian-Brünings.

Ce cas présente les quatre périodes signalées par Botella: Protestation, calme relatif, réaction et tolérance.

JIMENEZ rapporte un cas d'aiguille dans le larynx.

HERNANDEZ nie le caractère pathognomonique de la toux.

Sarcome de l'amygdale droite, par Hernandez PEREZ. — Femme de 50 ans, vue en septembre dernier, qui raconte que son médecin a donné plusieurs coups de bistouri sur son amygdale dont elle souffre depuis un an, et qu'il a ouvert un petit abcès purulent de la région parotidienne droite.

La tumeur augmente et gêne la déglutition et la respiration.

En effet, l'amygdale repousse le pilier antérieur et déforme l'isthme du gosier, dépassant la ligne médiane et descendant jusqu'à l'épiglotte. De couleur rouge, inégale, avec ulcérations multiples et saignant facilement, elle est d'une dureté ligneuse et ne tarde pas à bomber sous la peau derrière le maxillaire. Ganglions carotidiens infectés, descendant vers le médiastin.

L'amygdale gauche est dure et volumineuse; ganglions gros et peu mobiles.

Diagnostic: Sarcome. La malade est perdue de vue.

L'auteur rapporte des observations qu'il doit à l'obligeance du Dr Slocker et dont la première ressemble étrangement à la précédente. Des injections quotidiennes d'atoxyl de un centigramme pendant une semaine sur deux ont fait à peu près disparaître la tumeur et l'infarctus ganglionnaire. Une deuxième observation est celle d'un sarcome des amygdales ulcéré des deux côtés avec invasion ganglionnaire et ulcérations de la peau du cou.

Cette tumeur était inopérable

L'auteur fait ensuite des considérations sur cette question; il expose l'état actuel du cancer expérimental; il cite les travaux d'Ehrlich et sa « théorie de l'atropsie ».

Le traitement médical du cancer se résume en l'atoxyl qui semble seul avoir quelquefois donné des améliorations et même des guérisons. L'auteur cite l'action des agents physiques et médicamenteux.

Il faut opérer les cas opérables et, pour les cas inopérables, au lieu de désespérer, il faut recourir à d'autres procédés, les appropriant à chaque cas particulier.

XIX. — SOCIÉTÉ POLONAISE D'OTO-LARYNGOLOGIE.

Réunion à Lemberg, séance du 16 janvier 1912.

Président : Prof. JURASZ. — Secrétaire : WIESER.

Compte rendu par R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Un cas de trajet anormal de la carotide, par LITWINOWICZ.

Tumeur du nez, par LEHM. — Il s'agit d'une tumeur que le microscope a démontré être un fibro-adénome, mais qui par son caractère envahissant en impose pour une tumeur maligne. Elle a déterminé une exophtalmie gauche et à travers le sinus maxillaire, elle s'approche de la peau, on la sent dans la fosse canine. Il y a une fistule sous le rebord orbitaire gauche qui conduit dans le nez et le sinus. Lehm estime qu'une intervention intranasale ne donnerait rien, il compte faire une résection temporaire du nez.

JURASZ pense que la tumeur a eu son point de départ dans le sinus maxillaire.

Cas de sclérome traités par le salvarsan, par WIESER. — Trois cas ont été traités. Dans le premier trois injections amenèrent une amélioration des signes fonctionnels mais les régions infiltrées restèrent sans changement. Dans le second 3 injections n'amènèrent aucun résultat. Dans le troisième 2 injections parurent améliorer les ulcérations, mais l'infiltration ne parut nullement influencée.

Tumeur du cavum, par WIESER. — Présentée pour diagnostic.

Séance du 30 janvier 1912.

Un cas de rhinolithé antral, par JURASZ. — Ce rhinolithé, enlevé chez un homme de 30 ans, s'est développé pendant 25 ans, en son centre était un fragment de bois.

Tumeur du cavum, par WIESER. — C'est la tumeur enlevée à la malade présentée à cette même société le 16 janvier.

Un cas d'empyème des cellules ethmoïdales postérieures, par WIESER. — Il y a eu irruption dans l'orbite avec exophtalmie. L'auteur compte débarrasser le nez des polypes, enlever le cornet moyen, et établir une large communication entre l'orbite et l'ethmoïde.

Atrésie incomplète de la narine droite, par LEHM. — L'aile du nez était soudée au septum par une cicatrice, l'orifice narinaire avait un diamètre de 2 millimètres environ. Cette atrésie avait été occasionnée par des cautérisations lors d'épistaxis présentées par l'enfant à l'âge de 2 ans. Les lamineires, l'électrolyse, les drains, ont rétabli le calibre de la narine.

JURASZ a observé un assez grand nombre d'atrésies analogues, elles sont dues à des cautérisations chimiques (perchlorure de fer, nitrate d'argent, etc...), mais surtout au thermocautère.

XX. — SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE D'ODESSA

Séance du 28 octobre 1911.

Président : K. SCHMIDT.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

Présentation de pièces (Polypes), par J. HÉCHELINE.

1° Un volumineux polype hémorragique enlevé de la partie antérieure de la cloison nasale ;

2° Un volumineux polype enlevé de la corde vocale droite auprès de la commissure antérieure.

Les difficultés de diagnostic du carcinomelaryngé, par K. SCHMIDT.

— L'orateur présente une préparation montrant une dégénérescence cancéreuse complète de tout le larynx et de la trachée autour de la canule placée après trachéotomie. La malade était âgée de 47 ans. L'affection du larynx avait duré pendant plus de 6 ans et la malade avait été en observation pendant tout ce temps. On posa d'abord le diagnostic de sclérome laryngé d'après les données cliniques. On observa en effet en 1905 un processus inflammatoire chronique qui envahit sous forme d'infiltration les cordes vocales, puis la région aryténoïdienne droite et l'espace sous-glottique. La région profonde fut ensuite envahie (périchondrite). L'examen microscopique d'un fragment enlevé par biopsie ne donna pas de résultat certain. Deux ans après le début de l'affection le processus inflammatoire gagna le côté gauche du larynx.

En 1910, la respiration devint difficile par suite de l'infiltration siégeant sous la corde vocale gauche, et l'on pratiqua une trachéotomie et 14 jours plus tard une laryngofissure. On enleva une grosse masse de tissus mous sur le côté droit du larynx. L'examen microscopique montra une prolifération de cellules épithéliales mais sans végétation en profondeur et il n'y avait pas de signes caractéristiques de sclérome. Après l'opération la plaie dans le larynx ne se cicatrisa pas. Il y eut de l'œdème du larynx puis à la fin de septembre 1911, on put constater une tuméfaction ayant nettement l'aspect d'un cancer. Il y eut plusieurs hémorragies et la malade mourut bientôt de cachexie. D'après l'opinion de l'auteur il n'y eut pas là un cancer à marche lente mais un cancer développé secondairement.

Opération pour cancer du larynx, par K. SCHMIDT. — L'orateur présente la préparation de la moitié droite du cartilage thyroïde enlevé chez un homme de 67 ans. On voit que le cancer est bien limité. L'affection ne datait que de trois mois. Le malade est mort de pneumonie quelques jours après l'opération. D'après la statistique le danger de mort dans la première période post-opératoire après résection partielle du larynx est égale à 6 %.

Polype nasopharyngien juvénile, par K. SCHMIDT. — Présentation

de préparations microscopiques où l'on voit une prolifération de tissu fibreux avec prédominance de tissu conjonctif jeune de sorte que l'aspect rappelle le sclérome. Il y a un grand nombre de vaisseaux sanguins dilatés, ce qui explique les hémorragies qui se sont reproduites souvent. Le malade, enfant de 14 ans, avait été ainsi très anémié. L'orateur a observé trois cas analogues ; le traitement par l'électrolyse donne de très bons résultats. Ces tumeurs apparaissent entre 10 et 25 ans lorsque se produit un accroissement notable du squelette facial, surtout chez l'homme. Chez la femme cet accroissement est moins marqué et ces tumeurs sont rares.

J. HÉCHELINE a observé dernièrement 3 cas de tumeur du naso-pharynx et considère aussi que le traitement par l'électrolyse est préférable aux méthodes sanglantes qui sont souvent très dangereuses et donnent souvent lieu à des hémorragies inquiétantes lorsque la tumeur est constituée d'un tissu jeune.

Ablation de tumeur du naso-pharynx après section du voile du palais, par TARTAKOVSKY. — Le malade guérit.

Empyème caséux du sinus maxillaire droit, par K. SCHMIDT. — L'affection avait duré pendant six mois et guérit après un lavage pratiqué par une ouverture préformée du sinus maxillaire. Le malade, âgé de 30 ans, ne percevait plus les odeurs sauf la fétidité continue qu'il sentait pendant la respiration et qui était remarquée par toutes les personnes qui approchaient le malade. Le 11 octobre on extrait la racine cariée de la 2^e molaire droite de la mâchoire supérieure, et le lendemain on put faire un lavage qui fit sortir une grande quantité de substance caséuse fétide sans éléments épithéliaux. On fit encore un lavage le jour suivant, mais l'eau sortit propre. Le malade se sentit guéri et l'odorat était revenu presque immédiatement. La translucidité montre que le côté droit est presque normal. Les cas semblables sont rares, c'est le second que l'auteur a observé ; ils ont été décrits en détail par Bouricz. Ces masses caséuses sont formées de pus épaissi qui agit finalement comme un corps étranger.

J. HÉCHELINE a observé des cas de rhinite caséuse qui ont été guéris aussi par un seul lavage.

Les calculs sanitaires, par SNÉJKOFF.

A. GOUROVITCH a observé deux cas de calcul du conduit de Warthon où le calcul était visible à travers la paroi ; il fut facilement extrait au moyen de pinces.

XXI. — SOCIÉTÉ LARYNGO-OTOLOGIQUE DE CHICAGO

Réunion du 20 février 1912.

Président : Charles M. ROBERTSON.

Compte rendu par SHAMBAUGH (de Chicago) et H. MASSIER (de Nice).

Hémorragie de la langue chez un hémophile, par OTIS H. MACLAY. — Hémorragie sous-muqueuse à la partie inférieure de la langue, côté gauche et dans les tissus du cou. Gonflement de la langue nécessitant l'incision pour libérer le caillot et soulager la dyspnée.

Suintement constant malgré tamponnement. Augmentation du pouls, puis arrêt soudain de respiration et du pouls. La trachéotomie faillit devenir nécessaire.

J. HOLINGER ne croit pas en raison de certains faits (absence d'hérédité, hémorragie dans les tissus profonds) à l'hémophilie dans ce cas. Il croit plutôt à un processus inflammatoire, probablement une glossite.

IVA FRANK cite trois cas d'hémorragie avec un seul cas net d'hémophilie.

Le premier cas : hémorragie bilatérale après paracentèse. Le tamponnement n'arrêta pas le sang. Finalement, on injecta sous la peau du sérum de cheval et l'hémorragie s'arrêta. Mastoïdite quelques jours après. Injection préventive et sérum de cheval. Opération : perte de sang insignifiante.

Le deuxième cas se rapporte à une hémorragie secondaire après opération sur la cloison. Tamponnement postérieur insuffisant. Injection de 20 cc. de sérum de cheval, arrêt de l'hémorragie en 30 minutes.

Troisième cas : hémorragie après adénectomie. Injection de 20 cc. de sérum de cheval ; arrêt de l'hémorragie en 20 minutes.

Dans ces deux derniers cas, il n'y avait pas d'histoire d'hémophilie.

HUGH CUBERSTON cite le cas d'une fillette (en opposition avec la théorie d'Holinger qui dit que l'hémophilie est surtout héréditaire chez les mâles) qui eut des hémorragies récidivantes du nombril et des gencives et finalement mourut. Hérédité dans la ligne féminine.

E. R. LEWIS a vu un cas d'hémorragie au cours d'une otite moyenne aiguë avec tamponnement du conduit. Au détamponnement jet de sang abondant. On refait un tamponnement ; pendant 3 minutes dyspnée à cause du développement d'un hématome du pharynx du même côté. L'introduction du doigt dans la gorge déplaçait la masse pour permettre la respiration ; mais l'enfant mourut au bout de 4 minutes. Il s'agissait sans nul doute d'hémorragie du bulbe de la jugulaire à travers la déhiscence dans le plancher du tympan.

ORIS H. MACLAY croit que son malade était hémophilique, car il eut antérieurement des attaques d'hémorragie.

En ce qui concerne le sérum de cheval il y a danger à l'employer à cause de l'anaphylaxie. Mieux vaudrait le sérum humain : on trouverait toujours un parent ou quelqu'un qui donnerait la quantité nécessaire de sang, il n'y aurait ainsi pas de danger d'anaphylaxie.

IVA FRANK dit que 100 à 150 atropine éloigne toute crainte d'anaphylaxie.

La circulation de l'oreille interne du pigeon, par DANIEL B. HAYDEN.

Méningite séreuse et purulente, par NORVAL H. PIERCE. — La méningite séreuse peut avoir les mêmes symptômes que la méningite septique, mal à la tête, raideur du cou, signe de Kernig, fièvre, etc.

La ponction lombaire est le meilleur moyen de différencier ces deux conditions pathologiques. La présence de micro-organismes vivants dans le liquide de la ponction permettra d'établir l'existence d'une méningite localisée ou d'une méningite diffuse.

DEAN demande à Pierce de décrire la méthode de traitement post-opératoire d'abcès du cerveau au moyen des tubes à drainage en verre.

HOLINGER ne pense pas que le processus clinique soit comme le voudrait Pierce la seule différence entre les deux formes de méningite. Le malade guérit-il : c'est de la méningite séreuse ; meurt-il : c'est de la méningite suppurée. Erreur qu'il prouve par un fait : un malade guéri depuis plusieurs mois d'une méningite d'apparence suppurée. 9 mois après, nouvelle otite aiguë : le malade meurt d'une nouvelle attaque de méningite. A l'autopsie on trouve des traces d'une vieille inflammation diffuse du cerveau.

Dans le pronostic de la méningite suppurée il faut tenir compte d'un grand nombre de facteurs : virulence des micro-organismes, résistance de l'individu, etc.

DEAN se rend compte de la difficulté du diagnostic et cite deux cas. Le premier, symptômes typiques de méningite. Le patient mourut à la fin du 10^e jour de septicémie, les symptômes de méningite disparaissant avant la mort. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une méningite typique avec tous les symptômes, sauf les micro-organismes vivant dans le liquide cérébro-spinal. A l'autopsie, on trouve de la méningite séreuse avec zones suppuratives étendues dans les poumons et d'autres parties du corps.

BOOT croit à la grande difficulté du diagnostic. Il a vu un malade présentant des symptômes de méningite. Il y avait un peu de rougeur de l'œdème et de gonflement du tympan gauche. La paracentèse ne donna aucune issue de liquide. La ponction lombaire donna un liquide normal. Le malade mourut et à l'autopsie on découvrit une thrombose du sinus longitudinal supérieur, des deux sinus latéraux, du sinus torculaire et de chaque veine de la pie-mère sur la surface convexe du cerveau. Aucune thrombose des vaisseaux de la base.

NORVAL PIERCE emploie les tubes à drainage en verre après chaque abcès du cerveau. L'irrigation à travers le tube est faite 48 heures après l'opération. L'extrémité externe affleure la plaie mastoïdienne de façon à ce que le pus s'écoule sur le pansement externe.

Il recommande les plus grandes précautions pour la ponction lombaire de façon à éviter la contamination possible du liquide par les instruments, la peau, etc., d'où modification possible du résultat microbiologique.

XXII. — SOCIÉTÉ BARCELONNAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 6 juin 1914.

Président : SÚNE Y MOLIST.

Compte rendu par B. DE GORSSE (de Luchon).

Un cas de pseudo-sarcome de l'oreille moyenne, par Avelino MARTÍN. — Religieuse de 32 ans vue il y a 4 ans pour une suppuration profuse et fétide de l'oreille gauche, avec paralysie faciale de deux mois, sans douleurs. Le malade n'accepte pas l'intervention chirurgicale qui lui est proposée. A l'examen, à cette époque : perte d'une grande partie du tympan, de la membrane de Schrapnell et fongosités nombreuses dans la caisse. Audition = 0. Pas de bruits subjectifs.

La malade revient il y a cinq mois : douleurs intolérables, constantes. Retentissement général. Végétation énorme dans le conduit avec procidence extérieure ; la tumeur saigne au moindre contact. Insertion au fond de la caisse ; extraction à l'anse de Wilde : hémorragie énorme. La masse a 5 centimètres de long sur 1 centimètre de diamètre ; aspect papillomateux, multicellulaire.

Examen histologique : prolifération presque exclusive de cellules conjonctives embryonnaires fusiformes, et groupées en faisceaux. Le diagnostic est sarcome fasciculé.

Le diagnostic est cliniquement confirmé par un redoublement de douleurs.

Après une consultation avec Homs y Parellada, on conseille l'abstention. Mais les nuits d'insomnie sont telles que la malade insiste pour une intervention que l'auteur accorde pour essayer de diminuer la compression intracranienne.

On ouvre la mastoïde, le canal pétro-mastoïdien et la caisse très facilement ; hémorragie peu importante.

La malade put dormir immédiatement. Les pansements se faisaient par une large ouverture rétro-auriculaire. Le processus de réparation se fit régulièrement. Sortie de la malade guérie au bout de 4 mois 1/2.

S'agissait-il d'un vrai sarcome ? Il semble qu'on peut affirmer que non.

Sojo pense qu'il s'agissait d'une vieille suppuration avec végétations.

MARTIN est de cet avis.

Un cas d'intoxication par la fibrolysine, par Juan SANTINA. — Malade avec otite moyenne adhésive, consécutive à une vieille otorrhée.

La thiosinamine antipyrina ayant occasionné une otite externe œdémateuse, on fit des injections intramusculaires de fibrolysine.

Immédiatement sensation de tiraillement à la face, au cou et au scrotum ; le lendemain, érythème des deux pavillons de la lèvre inférieure et du scrotum ; puis vésicules dans ces endroits et suintement séreux ; enfin croûtes.

Des injections avaient été faites avec cette même solution à d'autres malades sans inconvénients. Urine normale.

Pensant que l'eczéma était concomitant à l'injection, on en fit une seconde, avec reproduction des mêmes accidents, mais moins forts.

SANTINA estime qu'il s'agit là d'une intolérance due à une idiosyncrasie. Ce médicament n'est donc pas inoffensif.

Avelino MARTIN pense que la fibrolysine ne tardera pas à disparaître de la thérapeutique, comme inutile et parfois nuisible.

PRESTA pense au contraire que la fibrolysine peut être parfois utile et ne doit pas être rejeté systématiquement pour quelques cas rares d'intolérance.

SUNE Y MOLIST dit que la thiosinamine et la fibrolysine ne font rien dans l'otosclérose, mais arrivent à ramollir les cicatrices vicieuses dans les cas de vieilles otites suppurées. Il faut alors faire du massage vibratoire électrique ou du Delstanche.

DE SANTINA répond qu'il a voulu montrer non l'inutilité de la thiosinamine qui réussit souvent, mais son intolérance possible.

Le chlorhydrate double de quinine et d'urée en oto-rhinolaryngologie, par SERRA DE MARTINEZ. — L'auteur emploie cet anesthésique depuis six mois, en solution de 10 pour 100, quelquefois à 12 ou 15 pour 100. On doit employer une solution récente. L'anesthésie dure de 20 à 30 minutes. Ce produit donne malheureusement une sensation désagréable d'amertume, mais il n'agit guère qu'au bout de 15 minutes. Il est complètement inoffensif. On l'emploie de la même façon que les autres anesthésiques.

SUNE MEDAN dit que jusqu'à présent le meilleur anesthésique est la cocaïne, mais qu'il faut la manier prudemment. Il n'a pas l'expérience du chlorhydrate de quinine et urée, mais il a essayé la stovaine et l'alypine. Il se sert surtout de cette dernière quand il s'agit de n'avoir pas de rétraction des tissus à opérer comme queues de cornets, muqueuses du nez pour injections de paraffine solide, polypes et granulations de l'oreille.

OLLER trouve le chlorhydrate de quinine et urée moins bon et plus incommode que les autres anesthésiques, car il est peu soluble, agit très lentement (20 à 30 minutes), et se solidifie par les basses températures hivernales.

Spéculum nasal modifié pour petites interventions, par OLLER. — L'auteur a essayé d'obvier à l'inconvénient qu'ont tous les spéculums qui tiennent d'eux-mêmes (Frankel, Crosswell-Baber, Palmer) de ne pas rectifier l'axe de visualité parce qu'ils ne relèvent pas le vestibule. Il se contente de l'attacher à un bandeau frontal ou à un casque et de le placer dans la position voulue pour les petites opérations qu'il désire faire. Cela supprime l'aide qui relève le spéculum.

XXIII. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEF

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 3 décembre 1911.

Président : N. TROFIMOFF.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

Pemphigus du larynx, par G. DOBRY. — L'orateur présente une malade atteinte de cette affection. Il rappelle que le pemphigus comme les autres dermatites exsudatives, donne lieu quelquefois à des lésions des muqueuses (bouche, trachée, bronches, etc.), mais ces lésions diffèrent de celles que l'on observe sur la peau. Ainsi, le stade de phlyctènes se voit rarement sur les muqueuses. En général le pemphigus n'apparaît sur les muqueuses que secondairement, il est rare de le voir, comme dans le cas présent, se localiser sur la muqueuse avant d'avoir persisté pendant plus ou moins longtemps sur la peau. La malade, âgée de 46 ans, présente du pemphigus vulgaire localisé uniquement sur le bord libre et la surface interne de l'épiglotte depuis 1 an 1/2. Il donne lieu à une douleur très grande pendant la déglutition et la malade est en voie de cachexie. En cer-

taines régions, l'épiglotte présente des érosions. La température a toujours été normale. L'auteur a institué le traitement symptomatique : application de poudres indifférentes avec de la morphine.

Deux malades atteints de fistule des canaux semi-circulaires, par N. TROFIMOFF. — Présentation de malades.

1^o Télégraphiste, âgé de 28 ans, se plaignant d'écoulement de l'oreille droite depuis 15 ans. La membrane du tympan est détruite dans son quart postéro-inférieur, et l'on voit des granulations dans l'oreille moyenne. On fait la trépanation radicale de l'apophyse mastoïde droite : éburnation très marquée, granulations dans l'antrum. Lambeau selon Körner. Pendant les 12 jours qui suivirent l'opération tout se passa normalement, mais à partir de là le malade se plaignit de douleurs dans l'oreille et il apparut de la parésie du nerf facial droit. La plaie présenta beaucoup de granulations et il y eut un écoulement fétide. On fait tous les jours des pansements et de la galvanofaradisation. Le malade se plaignit ensuite de vertiges lorsqu'il baissait la tête ou lorsqu'il la tournait brusquement. La parésie du nerf facial disparut presque complètement. Pas de nystagmus spontané. Le vertige apparaît lorsqu'on presse sur la région du canal semi-circulaire horizontal.

2^o Malade âgé de 33 ans ayant un écoulement de l'oreille gauche depuis l'enfance. L'ouïe est notablement diminuée. On voit des granulations dans l'oreille moyenne. On pratique une trépanation radicale. Granulations dans les cellules de l'apophyse et dans l'antrum. On enlève l'étrier. La période post-opératoire se passe normalement. Au bout de deux semaines apparaissent les signes d'une fistule du labyrinthe.

A. KROUGILINE a remarqué un signe, qu'on peut appeler *moteur*. Il consiste en ce fait que si l'on fait marcher un malade les yeux fermés et si on lui demande, pendant la marche, d'appuyer sur le tragus, le malade porteur d'une fistule du canal semi-circulaire depuis le moment où il exerce cette pression, modifie la direction de sa marche et dévie dans un sens opposé à l'oreille malade. Souvent, le malade a conscience du moment où il modifie sa direction, il sent comme un choc qui le pousse d'un côté. Ce signe qu'il est impossible de provoquer par la mobilisation de l'étrier est plus démonstratif pour l'existence d'une fistule que le réflexe de nystagmus.

M. RABINOVITCH demande si la fistule n'est pas consécutive à l'opération.

N. TROFIMOFF pense que le processus de la carie continuait à évoluer et qu'il atteignit le labyrinthe membraneux ; il n'est pas dû à l'opération car un temps assez long s'est écoulé sans que le malade présentât des signes de fistule. Une fois débarrassée de l'os carié, la fistule peut se refermer spontanément.

Importance de la radiographie pour le diagnostic des affections des sinus annexes du nez et de l'oreille moyenne, par A. CHLEIFER.

II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1^o SOCIÉTÉS ALLEMANDES.

I. — *Congrès de la Société allemande de chirurgie.* — Berlin, 10-13 avril 1912. — **Conséquences de l'occlusion opératoire des divisions palatines**, par HAGEMANN (de Marbourg). — L'orateur a vu un rétrécissement du maxillaire supérieur après opération pour fissions, et cela seulement chez les sujets opérés de bonne heure. Quand l'opération se fait à un âge plus avancé, le rétrécissement ne se produit pas. D'où nécessité de ne pas opérer trop tôt.

MENIER (de Figeac).

II. — *XV^e réunion de la Société allemande d'anatomie pathologique.* — Strasbourg, 15-17 avril 1912. — **Recherches sur la fréquence de la tuberculose des ganglions trachéobronchiques chez les enfants de 6 à 16 ans**, par ALBRECHT et ARNSTEIN (de Vienne).

Voici les résultats obtenus par les auteurs :

	Nombre total 6 à 16 ans 100	1 ^{re} période de 6 à 11 ans 61	2 ^e période 11 à 16 ans 39
Tuberculose mortelle ou avancée cliniquement manifeste.	38	25	13
Résultat positif après examen macroscopique exact.....	36	19	17
Résultat positif après examen histologique.....	13	7	6
Total des résultats positifs.....	87	51 : 83,6 %	36 : 92,3 %
Parmi eux cas progressant...	68	42 : 68,9 %	30 : 77 %

Cancer probablement dysontogénique et à topographie particulière situé entre la trachée et l'œsophage, par ERNST (de Heidelberg). — Il s'agit d'un cancer qui ne provient ni de la trachée, ni de l'œsophage, mais bien d'un germe épithélial situé dans la profondeur de la paroi œsophagienne.

La thyroïdite chronique maligne, par MEYER (de Stettin).

(MENIER (de Figeac).

III. — *XIX^e Congrès allemand de médecine interne.* — 16-19 avril 1912 à Wiesbaden. — **Pathologie des dilatations œsophagiennes avec étude spéciale du diagnostic radiographique**, par STARCK (de Karlsruhe). — L'auteur rappelle qu'il fut le premier à illuminer radiologiquement un diverticule de l'œsophage. Il fait ressortir les avantages des rayons X pour le diagnostic et l'étude topographique de l'œsophage. On peut même arriver à très bien montrer les dilatations dites diffuses de ce canal. MENIER (de Figeac).

IV. — *Société de médecine interne et de pédiatrie de Berlin.* — SECTION DE PÉDIATRIE. — Séance du 3 juin 1912. — **Participation des médecins d'enfants à l'enquête internationale sur l'ozène**,

par ALEXANDER. — Il faut que les pédiatres participent à l'enquête ; ils auront à étudier même les nourrissons avec coryza congénital ou acquis (ne pas s'occuper du coryza syphilitique) ; on étudiera les sécrétions vaginales des mères, on examinera au microscope le pus coulant du nez, on surveillera les nourrissons provenant de familles ozéneuses. Enfin on s'occupera des autopsies, etc.

MENIER (de Figeac).

V. — *Société de médecine de Charlottenburg*. — 2 mai 1912. — **Technique de l'ablation des végétations adénoïdes**, par E. BARTH. — L'orateur fait ressortir les désavantages de l'adénotome de Schütz, trop volumineux, difficile à faire entrer et à faire sortir. Barth a imaginé un appareil conservant le système à guillotine de Schütz et qui est aussi maniable que les curettes ordinaires. Les avantages sont nombreux : l'opération est moins douloureuse et suivie de réaction moindre.

MENIER (de Figeac).

2^e SOCIÉTÉS AMÉRICAINES.

I. — *Académie de médecine de Cleveland*. — SECTION D'OTO-LARYNGOLOGIE. — Séance du 26 avril 1912. — **Céphalées nasales**, par PRENDERGAST. — Dans certains cas, la correction des vices de réfraction ne fait pas disparaître la céphalée ; dans ces cas on constate l'existence d'obstruction nasale due à une grande variété de causes ; l'ablation de l'obstruction fait disparaître le mal de tête. On doit donc examiner le nez dans tous les cas où la céphalée n'est pas amendée par la correction des vices de réfraction.

MENIER (de Figeac).

II. — *Académie de médecine de New-York*. — SECTION DE CHIRURGIE. — Séance du 5 avril 1912. — **Sarcome du maxillaire inférieur avec résection totale de la moitié droite**, par ASPINWALL JUDD. — Après cette vaste opération, la fonction est bonne.

Sarcome du maxillaire supérieur ; résection. Récidive traitée par les rayons X ; guérison, par ASPINWALL JUDD. — La cavité fut remplie avec de la paraffine ; le traitement radiologique de la récidive dura deux ans ; on a eu un résultat merveilleux.

MENIER (de Figeac).

III. — *Association médicale américaine*. — SECTION DE MÉDECINE PRATIQUE. — Séance du 4 juin 1902. — **Relation des streptocoques du lait et de l'angine épidémique**, par DAVIS (de Chicago). — L'orateur établit une relation étiologique entre les cas d'angine épidémique de Chicago (hiver 1911-1912) d'origine streptococcique et les cas de mastite existant chez les vaches fournissant le lait du territoire atteint. Les microorganismes étaient identiques dans les deux affections.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société médicale américaine*. — 3, 4, 5, 6 et 7 juin 1912. — **Voie aseptique vers le corps pituitaire**, par MAC ARTHUR (de Chicago). — L'orateur propose la voie orbitaire avec résection temporaire de l'arcade et de la voûte orbitaires. Trois cas opérés de cette façon ont donné de bons résultats. Cette méthode a l'avantage d'être aseptique.

MENIER (de Figeac).

V. — *Société médicale du district de Philadelphie.* — Séance du 10 janvier 1912. — **Relations de l'oreille avec les affections générales**, par RANDALL. — L'orateur rappelle les relations de l'oreille avec la grippe et les maladies exanthématiques ainsi qu'avec les méningites, la syphilis et les diverses toxémies. Les affections des oreilles des enfants sont associées souvent à des broncho-pneumonies et des entérites et parfois la tuberculose a son siège primitif dans l'oreille. Se souvenir qu'on a trouvé souvent dans les écoulements les bacilles d'Eberth et de Löffler. MENIER (de Figeac).

3° SOCIÉTÉS ANGLAISES.

I. — *Société médicale de l'Ulster.* — Séance du 9 mai 1909. — Cette séance a été consacrée à une discussion sur la diphtérie et sur les porteurs de bacilles. MENIER (de Figeac).

II. — *Société médico-chirurgicale d'Edimbourg.* — Séance du 5 juin 1912. — **Les dents chez les écoliers**, par SHENNAN. — L'orateur montre que 80 % des écoliers ont des dents en mauvais état. Il réclame non seulement l'inspection, mais aussi le traitement.

MENIER (de Figeac).

III. — *Société nouvelle de dermatologie de Londres.* — Séance du 9 mai 1912. — **Présentation**, par TOM ROBINSON. — Homme avec syphilis linguale tardive; c'est un fumeur invétéré. La syphilis fut contractée il y a 23 ans et les plaques blanches épaissies affectent maintenant la muqueuse buccale ainsi que la langue.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société royale de médecine de Londres.* — SECTION CLINIQUE. — Séance du 31 mai 1912. — **Présentation**, par FITZWILLIAMS. — C'est un cas où on a fait la résection bilatérale d'une partie de la branche montante du maxillaire supérieur pour ankylose. Bon résultat fonctionnel.

Présentation, par FITZWILLIAMS. — S'il s'agit d'un sarcome (probablement myélome) du maxillaire supérieur droit chez une fillette de 10 ans.

SECTION DE PÉDIATRIE. — Séance du 26 avril 1912. — **Destruction de la luette dans l'angine de Vincent**, par ROLLESTON. — L'orateur relate un cas où malgré les applications (iode, bleu de méthylène, etc.), la luette fut entièrement détruite. A noter que la réaction de Wassermann fut positive le 16 mars et était négative le 30 mars, sans aucun traitement antisiphilitique. MENIER (de Figeac).

4° SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES.

I. — *Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne.* — Séance du 2 mai 1912. — **Présentation**, par KNÖPFELMACHER. — Il s'agit d'un enfant de 6 ans qui avait aspiré un corps étranger (morceau de fil métallique), qui demeura deux ans dans la bronche droite; on l'a extrait; mais ce séjour prolongé a amené des dilatations bronchiques avec expectoration fétide.

Séance du 9 mai 1912. — **Présentation**, par BAYER. — C'est un instrument destiné au massage vibratoire aérien des voies aériennes;

l'air comprimé et chargé de vapeurs médicamenteuses est lancé par la pompe dans les poumons.

Séance du 13 juin 1912. — **Présentation**, par MAGYAR. — Il s'agit d'un nourrisson avec un grand hémangiome malin de la face.

Présentations de pièces, par POLLACK. — C'est un cas d'atrésie de l'œsophage et de communication entre l'estomac et la trachée.

Extraction d'un corps étranger flottant de l'arbre bronchique au moyen de l'association de la bronchoscopie et de la radiographie, par GLUECKSMANN. MENIER (de Figeac).

II. — *Société des médecins allemands de Prague*. — Séance du 19 avril 1912. — **Oligodontie réductive**, par LISSAU. — Deux frères, 7 et 9 ans, n'ont au maxillaire inférieur aucune incisive et une seule à chaque maxillaire supérieur. Celles-ci sont pointues. La radiographie montre des dents en rétention. Ces enfants présentent des signes de sénilité. Pas de syphilis. Etiologie probable : rachitisme. MENIER (de Figeac).

III. — *Société impériale et royale de médecine de Vienne*. — Séance du 17 mai 1912. — **Présentation**, par DENK. — C'est un garçon de 7 ans avec fibrome congénital du maxillaire supérieur et inférieur; à la naissance, la tumeur était petite et s'accrut proportionnellement aux autres parties du corps. Ces tumeurs sont bénignes; mais quelquefois on observe la dégénérescence sarcomateuse. Le traitement doit consister dans l'ablation.

Le tubage peroral, par MARSCHICK. — L'orateur expose la technique de l'anesthésie par le tubage peroral et il conclut que pour les opérations nasales, linguales, c'est la méthode de choix. Le danger d'œdème de la glotte, redouté des chirurgiens, n'existe pas en réalité.

Séance du 22 juin 1912. — **Présentations**, par MARSCHICK. — L'orateur présente plusieurs cas de cancer du pharynx et du larynx, de la clinique de Chiari, opérés suivant la méthode radicale dont le mérite revient à Gluck. MENIER (de Figeac).

5^e SOCIÉTÉS FRANÇAISES.

I. — *Académie de médecine de Paris*. — Séance du 30 avril 1912. — **Acuité auditive après la méningite cérébro-spinale**, par MARAGE. — La rééducation de l'oreille au moyen de la sirène à voyelles, associée à une rééducation psychique destinée à apprendre à nouveau le sens des phrases perçues a donné les meilleurs effets à l'auteur dans la surdité consécutive à la méningite cérébro-spinale. E. MOLARD (de Paris).

II. — *Société de chirurgie de Paris*. — Séance du 29 mai 1912. — **Syphilis du corps thyroïde**, par PONCET. — L'auteur présente en son nom et en celui de M. Leriche une observation de syphilis du corps thyroïde simulant une tumeur de cet organe et s'accompagnant d'un rétrécissement inflammatoire de la trachée. Le corps thyroïde a une consistance dure fibreuse, consistance dure à laquelle parti-

cipent les tissus voisins du cou. Le traitement mercuriel intensif d'abord institué, amena une atténuation des symptômes. Mais ils se manifestèrent à nouveau avec une telle intensité qu'après un échec du traitement antisiphilitique, on fit le diagnostic de cancer du corps thyroïde et l'on pratiqua une thyroïdectomie partielle. La dyspnée que l'on croyait sous la dépendance de la tumeur ne diminua pas, pas plus que par le traitement antisiphilitique mercuriel et arsenical.

Cependant la dyspnée, qui relevait d'une infiltration sous-glottique de la trachée, guérit par une injection de 606. M. Poncet, à ce propos, rappelle les caractères anatomo-pathologiques de ces infiltrations où l'on trouve des cellules géantes qui ne doivent plus être considérées comme caractéristiques de tuberculose.

Séance du 5 juin 1912. — **Hypertrophie du thymus. Thymectomie. Guérison**, par M. LAUNAY. — L'auteur fait une communication d'après une observation recueillie par MM. Milliet et Esbach, de Bourges.

Il s'agissait d'un enfant de 7 mois qui depuis sa naissance présentait un stridor intense, une respiration bruyante surtout la nuit, s'accompagnant de cornage et de ronflement.

L'examen du petit malade démontrait l'existence d'une hypertrophie du thymus. L'intervention proposée fut acceptée.

Le tirage disparut aussitôt après l'opération ainsi que le cornage et 15 jours après l'opération, tout ronchus avait également disparu.

Le lobe gauche du thymus extirpé pesait 5 grammes, le lobe droit 10 grammes.

Guérison complète à l'heure actuelle. E. MOLARD (de Paris).

Séance du 17 juillet 1912. — **Synéchies post-opératoires entre le voile et la paroi pharyngée**, par SÉBILEAU. — Il s'agit d'un enfant qui à la suite d'une extirpation de végétations adénoïdes à la curette présenta une complication absolument exceptionnelle : synéchie totale entre le voile du palais et la paroi du pharynx. Le rhino-pharynx est totalement isolé.

Il semble actuellement très difficile de remédier à une pareille lésion.

R. BARLATIER (de Romans).

III. — *Société des sciences médicales de Gannat*. — Séance du 5 mai 1912. — **Cas d'apoplexie de la luette**, par FABRE (de Commeny). — Il s'agit d'un employé de bureau âgé de 54 ans, ordinairement bien portant ; il a présenté il y a quelques années une légère congestion du foie, il est un peu dyspeptique.

Jeudi dernier, en déjeunant, il sentit un peu de gêne dans la déglutition, il compara cette sensation à de la sécheresse du fond de la bouche ; il ne se produisit pas la sensation d'angoisse, de chatouillement désagréable que l'on observe en pareil cas.

Il eut l'idée de regarder le fond de sa gorge et vit une masse sombre globuleuse, ayant 3 centimètres de long environ, ressemblant à une sangsue appendue au voile du palais. Le docteur Fabre consulta rassura le malade, et à l'aide d'une lancette, fit une petite ponction

dans la tumeur, il en sortit un caillot noir, épais, et après un gargarisme à l'eau oxygénée, la luette reprit son aspect habituel, mais paraissant recouverte d'une sorte de sac épithélial flétri.

Ce cas vient s'ajouter à ceux qui ont été déjà rapportés, il n'offre rien de particulier, si ce n'est peut-être l'absence de réaction que j'ai signalée; le malade ne présentait pas de varices des membres inférieurs; on relève chez lui quelques nævi vasculaires plans au niveau de la paroi thoracique gauche et dans le flanc droit, il n'était pas sujet aux épistaxis et ne souffre pas d'hémorroïdes.

Le docteur de Ribier, qui est sujet à ce léger accident, déclare que la sensation de gêne est assez accusée pendant plusieurs jours, tant que la luette n'a pas repris sa forme habituelle; il désirerait connaître le moyen de se soustraire à cette gêne en cas de récurrence.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société de thérapeutique de Paris*. — Séance du 12 juin 1912. — **Absence d'anaphylaxie aux injections intra-trachéales de sérums antituberculeux**, par M. G. ROSENTHAL. — Jamais l'auteur n'a observé d'accident anaphylactique en employant l'injection intra-trachéale pour administrer le sérum chez le lapin et chez le chien. L'auteur propose d'employer chez l'homme ce procédé dont l'action locale serait peut-être plus efficace que par l'injection hypodermique.

E. MOLARD (de Paris).

V. — *Société médicale des hôpitaux de Lyon*. — Séance du 25 juin 1912. — **Nouvel appareil pour photographier stéréoscopiquement le larynx sur le vivant**, par GAREL. — L'auteur présente un appareil nouveau permettant de prendre sur le vivant des clichés stéréoscopiques instantanés du larynx. Grâce à un jeu de prismes la visée est mathématique, les ratés sont excessivement rares.

Le larynx est éclairé au moyen de la lumière solaire. On peut aussi se servir de la lumière froide (lampes de Dussaud). Les résultats obtenus sont excellents. Garel pense qu'il pourra être possible d'avoir des images laryngées en couleur.

R. BARLATIER (de Romans).

VI. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*. — Séance du 19 avril 1912. — **Sténose laryngée causée par un abcès intra-trachéal**, par CAUSSADE et WILLETTE. — Il s'agissait d'un homme de 48 ans qui entra à l'hôpital pour des phénomènes de sténose laryngée.

On élimina par la radioscopie toutes les causes de compression de la trachée au niveau du médiastin. Le malade présentait un tirage intense avec accès subintrants de suffocation qui déterminèrent les auteurs à pratiquer une trachéotomie. L'incision de la trachée donna issue à un flot de muco-pus et le malade guérit complètement. Les auteurs avaient, par la bronchoscopie, reconnu qu'il s'agissait d'une laryngite hypoglottique suppurée qu'ils avaient nettement localisée à un niveau assez éloigné pour ne pas donner à l'examen laryngoscopique ordinaire l'image des laryngites hypoglottiques, mais toutefois suffisamment voisins des cordes vocales pour déterminer la contracture des constricteurs de la glotte ligamenteuse et provoquer

l'occlusion complète de cet espace. Il semble bien qu'il s'agisse ici d'une infection grippale, l'affection ayant pris naissance et évolué en milieu grippal et son évolution ayant été nettement fébrile.

Séance du 26 avril 1912. — **Tuberculose miliaire aiguë de la gorge chez un adulte de 28 ans**, par M^{lle} J. BOUTEIL et M. DAUZELOT.

— Il s'agit d'un malade du service de l'hôpital Lariboisière qui présentait une ulcération de l'amygdale gauche ayant les caractères d'une ulcération spécifique; on constatait également sur l'amygdale droite une ulcération plus petite. On fit une injection d'arsénobenzol de 0,20 ctg. qui améliora considérablement l'ulcération de l'amygdale droite. Mais simultanément apparurent des granulations miliaires sur le voile du palais, les piliers et le pharynx, avec dysphagie intense et salivation abondante. L'ulcération droite prit les caractères d'une ulcération tuberculeuse. Le diagnostic de tuberculose aiguë miliaire s'imposait donc. La mort survint d'ailleurs rapidement.

HALLÉ remarque que chez les enfants jeunes, la tuberculose du pharynx se rencontre relativement assez souvent. L'alimentation est alors impossible tant est violente la douleur, et les malades meurent d' inanition.

Séance du 14 mai 1912. — **Gangrène pulmonaire par inhalation traitée et guérie par l'intervention bronchoscopique**, par P. LEREBoullet, FAURE-Beaulieu et G. PAYET. — Présentation d'une malade guérie de gangrène pulmonaire avec foyer pleural secondaire.

La malade tomba malade le lendemain d'une extraction dentaire pratiquée sous anesthésie générale. La gangrène pulmonaire semble bien sous la dépendance de pus anaérobie d'origine dentaire, inhalé par la malade. La radioscopie faite par M. Aubourg permit avant l'auscultation même de localiser le foyer de gangrène à la partie moyenne du poumon gauche et de déceler du même côté un hydro-pneumothorax déviant le cœur.

Vers le quinzième jour de la maladie, l'état de la malade était des plus graves.

On pratiqua une bronchoscopie et on introduisit par le tube, après nettoyage complet du foyer, 28 centimètres cubes d'huile gomménolée au 1/5. Une amélioration très nette se fit sentir dès le lendemain et s'accrut les jours suivants où furent répétées les injections intra-trachéales à raison de deux par semaine.

Le foyer pulmonaire guérit définitivement, mais le foyer pleural persista quelque temps. Les adhérences pleurales surveillées par la radioscopie disparurent à leur tour, si bien que l'on peut vraiment, à l'heure actuelle, considérer la malade comme guérie.

Les auteurs insistent sur la technique spéciale qu'ils ont utilisée pour l'introduction de l'huile gomménolée jusqu'au niveau du foyer de gangrène. Ils ne se sont pas bornés en effet à pratiquer de simples injections intratrachéales. Ils ont d'abord nettoyé ce foyer au moyen du tube bronchoscopique, détergé les parois de la cavité avant d'y instiller l'huile. Le résultat a consisté non seulement à guérir le

foyer pulmonaire, mais aussi à faciliter la résorption de la pleurésie de voisinage.

Séance du 3 juillet 1912. — **Trois cas de noma buccal étudiés au point de vue bactériologique**, par ZUBER et PETIT. — Cette étude a été faite dans le service du Dr Variot. Les auteurs établissent que le noma est dû à l'association fusospirillaire de Vincent. Dans le groupe des fuso-spirilloles, il faut comprendre l'angine de Vincent, les stomatites ulcéro-membraneuses (Claude-Vincent) et mercurielles (Le Bled), certaines ulcérations cutanées et le noma. Il y aurait donc une indication nette d'employer l'arséno-benzol dans cette dernière affection, ce médicament étant essentiellement spirillicide.

E. MOLARD (de Paris).

VII. — **Société nationale de médecine de Lyon.** — Séance du 26 février 1912. — **Masques en celluloïd pour examen des diphtériques et chirurgie pharyngo-laryngée**, par RENDU. — Ce masque léger, incassable et très peu encombrant protège de façon efficace la face et le cou de chirurgien. Il remplace utilement la plaque de verre en usage dans le service des diphtériques dont le principal inconvénient est de donner des reflets lumineux et qui nécessite l'intervention d'un aide.

Séance du 13 mai 1912. — **Corps étranger de la bronche gauche**, par BARJON, JACOD et FAUJAS. — Il s'agit d'une épingle à tête de verre aspirée par une jeune fille de 18 ans. Deux clichés radiographiques montrent la situation de l'épingle dans la bronche gauche, la pointe vers la bifurcation bronchique. Une bronchoscopie pratiquée par Jacod fait reconnaître l'épingle mais ne permet pas de l'extraire ; deux jours après une radioscopie et une nouvelle bronchoscopie ne permettent plus de la retrouver dans les bronches. La malade ne présente aucun trouble et sort guérie. Il est probable que le corps étranger a été expulsé spontanément après les manœuvres de bronchoscopie et qu'il a été rejeté dans les selles.

R. BARLATIER (de Romans).

6^e SOCIÉTÉS ITALIENNES.

I. — **Société de médecine de Parme.** — Séance du 16 février 1912. — **Développement du sinus frontal**, par LASAGNA. — Le sinus frontal peut avoir pour origine trois cellules ethmoïdales : l'antérieure est la plus constante et représente le sinus frontal classique ; la moyenne se développe en arrière de celle-ci et peut devenir superficielle au voisinage de l'apophyse orbitaire externe ; la postérieure (quand elle existe) se trouve à la partie la plus postérieure de la voûte orbitaire dans l'épaisseur de l'apophyse clinéoïde antérieure. Se basant sur ces observations anatomiques, Lasagna préfère la méthode de Jacques avec ouverture inférieure au niveau de l'arcade orbitaire, méthode qui dans la majorité des cas permet l'exploration complète des diverses cavités du sinus frontal.

MENIER (de Figeac).

II. — **Société lombarde des sciences médicales et biologiques de Milan.** — Séance du 22 juin 1912. — **Pneumoconiose et catarrhe des sommets**, par DEVOTO.

Epulis double myxomateux se faisant vis-à-vis, par ARLOTTA. — Dame ayant une épulis au maxillaire supérieur et une à l'inférieur se faisant vis-à-vis.
MENIER (de Figeac).

7^e SOCIÉTÉ RUSSE.

Assemblée des médecins de l'hôpital Oboukovsky de Saint-Petersbourg. — Séance du 16 septembre 1911. — **Extraction, à l'aide de la bronchoscopie, d'une canule trachéale tombée dans une bronche**, par V. LANGE. — L'orateur présente un malade qui portait depuis 15 ans une canule placée après une trachéotomie. Il y a un mois la canule interne s'est cassée et est tombée dans la trachée. Le malade eut un peu de toux et une sensation de pression dans la poitrine. Les mouvements respiratoires étaient un peu peu moins développées dans la moitié droite de la cage thoracique. A l'auscultation on remarquait aussi que la respiration était diminuée de ce côté. La canule était fixée dans la bronche droite ; une de ses extrémités se trouvait à la bifurcation de la trachée. Pour l'extraire, on agrandit l'ouverture faite auparavant pour la trachéotomie. Les signes subjectifs disparurent aussitôt, la toux diminua, mais la respiration resta plus faible à droite.

Présentation d'un malade porteur d'un angiome de la joue, par P. ZVORYKINE. — Cette tumeur située sur la joue gauche chez une malade âgée de 53 ans donnait lieu à des douleurs lancinantes s'irradiant vers la tempe et l'œil. Elle était apparue dix ans auparavant et augmentait de volume lorsque la malade avait une émotion ou baissait la tête, et atteignait le volume d'une orange. Une ponction exploratrice montra qu'il s'agissait d'un hémangiome et non d'un lymphangiome.
M. DE KERVILY (de Paris).

8^e SOCIÉTÉ SUISSE.

Société médicale de Genève. — Séance du 3 avril 1912. — **Contribution à la chirurgie du thymus**, par KUMMER. — L'auteur rappelle une observation communiquée en novembre 1910 à la société médicale par lui-même et M. Boissonnas, puis celle racontée à la même époque par lui-même et M. Bourdillon. Il a eu dernièrement l'occasion d'opérer un enfant de quelques jours et qui présentait une forte dyspnée ; il a enlevé seulement une partie du thymus ; actuellement l'enfant va très bien. Il a également enlevé une partie du thymus à un enfant qui lui avait été envoyé par le Dr Boissonnas pour hyperplasie du thymus. Cet enfant avait la symptomatologie classique suffocatoire, résistance dans le jugulum, voussure du manubrium sterni, la partie enlevée à l'enfant de deux ans pesait 20 gr., la guérison est complète, sauf un peu de dysphagie. Dans tous les cas opérés le thymus était plus lourd que le poids correspondant donné par Olivier, 4 gr. à la naissance, 8 gr. à l'année, 10 gr. à 2 ans, puis diminution de poids. Pour la compréhension de l'action de l'hyperplasie du thymus, il ne faut pas oublier que l'ouverture supérieure du thorax a un diamètre de seulement 2 cm. d'avant en arrière. Au point de vue chirurgical il faut savoir que le thymus est contenu dans une loge fibreuse, d'où il est facile de le sortir tandis que l'extirpation de la

capsule est difficile et est accompagnée d'une grande perte de sang. Le thymus peut être atteint de kyste, d'abcès, de sarcome. Au point de vue de la symptomatologie fonctionnelle il faut se rappeler que la dyspnée est forte surtout quand la tête est en extension. Le tirage que l'on constate quelquefois est visible surtout aux côtes aux points d'insertion du diaphragme. Chez l'enfant au point de vue du diagnostic différentiel on ne tiendra compte que de corps étrangers de la trachée, du stridor congénital, des tumeurs du thymus, des kystes, du goitre plongeant. Les adénopathies trachéobronchiques seront exclues par leur siège plus profond. L'action du thymus est difficile à expliquer ; cependant Kummer a vu à la table d'opération des trachées comprimées et à cartilage ramolli. Le traitement peut se faire au moyen des rayons X ; le résultat n'est obtenu qu'au bout de beaucoup de séances, il n'est donc pas applicable aux cas présentant une symptomatologie grave. La thymopexie ne paraît pas indiquée ; la thymectomie totale ne paraît pas sans danger chez des sujets très jeunes d'après les expériences de Klose sur les animaux et celles de Kœnig sur l'homme. La thymectomie partielle sous-capsulaire est l'opération de choix. Kummer rappelle les recherches des physiologistes et les théories modernes sur le rôle du thymus. Il finit en rappelant que le thymus peut être la cause de mort non seulement chez les enfants mais aussi chez les adultes. L'hyperplasie du thymus est observée aussi chez les Basedowiens.

BOISSONNAS a vu dernièrement le cas 3 du Prof. Kummer. Celui-ci se porte parfaitement bien.

HUGUENIN : J'ai eu l'occasion d'examiner le thymus opéré par le Prof. Kummer ; j'ai été frappé par l'extrême richesse de cet organe en éosinophiles, fait signalé du reste par Schridde. Je suis très content d'apprendre que Kummer a vu à la table d'opération des compressions de la trachée par thymus hyperplasié, car j'en ai vu aussi à la table d'autopsie, quoique les anatomopathologistes n'aient pas admis une compression de la trachée par le thymus. Gœbel a dernièrement démontré que les Basedowiens mourant pendant ou peu de temps après une opération de la thyroïde avaient plus souvent une persistance du thymus que les Basedowiens qui mouraient sans l'aide du chirurgien. A côté des lésions du thymus citées par le Prof. Kummer il ne faut pas oublier que le thymus peut être le siège de tuberculose caséuse ou d'abcès tuberculeux ; que cet organe contient d'après Simmonds des tumeurs épithéliales bénignes et malignes provenant des capsules de Hassal et de petites cellules de la substance corticale.

Ch. MARTIN demande à Kummer quelle incision a été faite pour l'opération. Celui-ci lui répond qu'il a fait une incision longitudinale, mais qu'avec une incision transversale de Kocher, on arriverait certainement au but.

III. — BIBLIOGRAPHIE

I. — **Consultations oto-rhino-laryngologiques**, par André CASTEX, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Paris avec 90 figures dans le texte. Paris, 1912, chez Baillière et fils.

Comme la tendance à l'utilitarisme immédiat s'intronise de plus en plus dans l'enseignement médical et que les praticiens de médecine générale exigent de plus en plus aussi d'être renseignés vite et bien, quelques-uns en ont conclu que pour eux le traité didactique compact et volumineux contient trop de choses, que le recueil de leçons cliniques lui-même n'est pas ce qu'il faut encore, parce que le professeur est obligé d'aborder devant ses auditeurs bien des points tels que l'étiologie, l'anatomie pathologique dont on ne voit pas bien les applications directes au lit du malade d'autant plus que ces matières ont déjà été professées sur les bancs de l'école. Ce qu'on veut quand on feuillette un ouvrage de clinique dans l'espoir d'y trouver le renseignement nécessaire, c'est une image aussi exacte que possible de la réalité. Or qu'y a-t-il à faire en face d'un malade ? c'est d'étudier les symptômes qu'il présente pour arriver au diagnostic et au pronostic, et par cela même de prescrire un traitement qui ne soit pas purement empirique. Dans les indications thérapeutiques, on ne recherche que les méthodes éprouvées et dont l'écrivain a pu contrôler lui-même l'efficacité véritable. Pour obéir à ce courant d'idées, des maîtres éminents tels que Grasset, Lemoine, Huchard, etc., ont récemment écrit des livres auxquels ils ont donné le nom de Consultations médicales.

Castex a voulu faire quelque chose d'analogue pour notre spécialité. Il a eu surtout en vue le débutant, le praticien de médecine générale comme il le dit dans sa préface, mais sa façon de le renseigner n'est pas tout à fait celle de Fein, ni celle de Laurens qui guide son lecteur pas à pas et multiplie pour lui les schémas suggestifs. La façon de faire de Castex lui est en quelque sorte personnelle. Il se met résolument en face de la réalité et agit en conséquence. S'il simplifie c'est parce que systématiquement il élimine les raretés, les faits exceptionnels et il évite de masquer la complexité des faits par une schématisation idéale propre à faire comprendre mais non à guider complètement. Il n'a voulu traiter ici que les affections les plus communes et leurs formes les plus fréquentes ; de là des lacunes voulues et qu'on comblera aisément en recourant à son manuel d'oto-rhino-laryngologie dont il est le très utile complément. A côté de la théorie, la pratique ; et c'est ici celle d'un clinicien adroit, éclairé par de longues années d'une grande activité professionnelle, et comme l'écrivain est disert, que son style est clair et pittoresque, qu'il se double ici d'un maître ayant l'habitude de l'enseignement et connaissant bien ses exigences, le résultat de toutes ces qualités a été une œuvre excellente, reconnaissons-le franchement, et que nous

avons grand plaisir à signaler à l'attention des lecteurs de cette revue.

Le premier chapitre du présent livre est consacré à l'otosclérose pendant l'enfance. L'auteur en ce qui concerne la pathogénie est manifestement polygéniste. A côté de l'otosclérose dans le sens de Politzer et Siebenmann, il admet le catarrhe sec comme Lucæ, aboutissant comme la première à l'ankylose de l'étrier qui pour lui est encore la grande affaire. Bien que Calenda, Hagener et surtout Manassé fassent de l'otosclérose une ostéite absolument indépendante de la capsule labyrinthique, comme son élève Paul Boncour, comme Heymann, Castex pense qu'il s'agirait plutôt d'un processus débutant par la caisse et il part de cette idée pour conseiller d'arrêter si possible ces lésions de la cavité tympanique en voie d'évolution en employant les moyens bien connus et sur lesquels il est inutile de revenir ici. Et en effet l'expérience clinique lui aurait démontré qu'on peut ainsi améliorer le tableau morbide et faire régresser le mal sinon définitivement, du moins d'une façon temporaire; mais pour cela il faudrait intervenir à temps. Or Castex croit pouvoir conclure de l'étude personnelle des faits et des données de quelques-uns de ses prédécesseurs que l'otosclérose a bien plus souvent qu'on l'a dit un début infantile. C'est donc dans l'enfance, quand le mal encore récent est par cela même plus malléable, qu'il faut savoir agir. L'auteur expose la façon de découvrir les phénomènes de surdité chez les jeunes sujets et d'en démêler la véritable nature. Il pense que la syphilis n'a aucun rôle dans l'étiologie, que l'arthritisme a une influence douteuse et en tout cas confuse, mais qu'il n'en est pas de même des intoxications gastro-intestinales (Cornet), des insuffisances hépatiques et rénales; de cette conception découlent des mesures prophylactiques dont la clinique montrerait souvent l'efficacité.

L'otorrhée passerait fréquemment inaperçue. Quand la suppuration est peu abondante, elle se confinerait en effet au fond du conduit; les quelques gouttes de pus s'y dessécheraient et n'apparaîtraient pas au dehors. Mais le malade présenterait toujours un peu de sensibilité sur le quart antéro-supérieur de la mastoïde. L'acuité auditive serait un peu diminuée. Quelles sont les causes de cette otorrhée? En général, les végétations adénoïdes, ou bien c'est un reliquat de pyrexie exanthématique, ou bien il faut incriminer la scrofule ou la tuberculose. Après avoir signalé la possibilité de complications endocraniennes ou veineuses graves, Castex mentionne en quelques mots le traitement qui convient. Ce n'est pas un fanatique du pansement sec. Il déclare s'être bien trouvé de l'eau oxygénée, de l'alcool, de la glycérine phéniquée et même du sublimé. Il a vu des cas de réussite dus à la photothérapie électrique. « Cette concentration fréquente des rayons lumineux dans une caisse suppurante stérilise les germes infectieux. J'ai même vu la méthode réussir chez une jeune fille dont on exposait l'oreille munie d'un spéculum aux rayons directs du soleil. » Avant de recourir à l'évidement pétro-mastoïdien, il ne faudrait pas oublier de pratiquer auparavant un curettage soigné de la caisse après avoir endormi le malade

au chlorure d'éthyle. Cette manœuvre suffirait souvent. Si on se résigne à ouvrir les différentes cavités auriculaires, on s'efforcera, comme le conseille Botey, de conserver la chaîne des osselets. « On évite ainsi la surdité complète. »

L'auteur résume ainsi les règles de l'intervention dans les cas de *corps étrangers du conduit* : Se méfier des renseignements donnés par l'entourage ou le petit malade, examiner dès que cela paraît avantageux sous la narcose générale qui facilite grandement l'extraction, traumatiser le moins possible les parties, car c'est de l'inflammation et de l'infection que dérivent les otites moyennes, les mastoïdites et les complications intracrâniennes que l'on a eu trop souvent l'occasion de signaler. Si l'injection classique d'eau chaude n'a pas réussi, insinuer, si le corps étranger est dur, « un cure-oreille métallique assez plat monté sur un manche. Ce soulèvement l'entraîne d'autant plus que si le sujet est endormi le conduit auditif se laisse facilement déprimer. Le corps étranger est-il mou? Un petit crochet plat glissé sur une de ses faces, puis piquant le corps du délit le fait sortir facilement ». Les pinces seraient d'un emploi mal commode.

Le *bourdonnement d'oreille* très mal caractérisé au point de vue étiologique, d'une étude encore passablement confuse constitue cependant, dit Castex, un symptôme qu'on ne peut négliger, étant donné sa fréquence et l'insistance des malades à se faire soulager. Il propose, suivant que le bruit subjectif est sourd, sifflant, qu'il y a sensation musicale (chant d'oiseau, orgues) ou que le symptôme ne s'accompagne pas de surdité, qu'il se passe dans la tête et non dans l'oreille, qu'il s'atténue dans un milieu bruyant, une pathogénie et un traitement appropriés suivant les circonstances. Dans le premier cas il s'agirait d'une obstruction du conduit ou de la trompe; dans le cas de sifflement, d'une affection de la caisse probablement scléreuse; dans le cas de bruit musical de lésions labyrinthiques, enfin quand le phénomène semble se passer dans la tête et diminue au cours de la journée, surtout dans un milieu bruyant, ce serait de la neurasthénie. Ici encore les intoxications gastro-intestinales, hépatiques, rénales, sembleraient jouer un grand rôle et en les diminuant on améliorerait beaucoup de cas de bourdonnements. Si le conduit et la trompe sont obstrués, on tâchera de les libérer par les moyens bien connus. S'il y a otosclérose, l'électricité, les ponctions lombaires, les médicaments qui abaissent la pression sanguine compteraient des succès, du moins des soulagements momentanés. L'auteur ne croit pas à l'efficacité du *cicimicifuga racemosa*.

La *sypphilis de l'oreille*, comme celle des fosses nasales, du pharynx et du larynx est l'objet d'une étude très intéressante et très clinique que nous signalons tout particulièrement à l'attention du lecteur. Du côté du conduit, l'écrivain signale « des excroissances varriqueuses avec écoulement fétide, des condylomes, des sténoses par exostoses » qu'on fera disparaître en les badigeonnant avec une solution de nitrate d'argent ou avec la teinture d'iode. Du côté de

l'oreille, l'inflammation produite par les plaques muqueuses avoisinant le pavillon de la trompe amènerait des otites pyogéniques banales. Il surviendrait aussi parfois des périostites mastoïdiennes (Viollet.) Parfois il y aurait ostéite gommeuse des parois de la caisse avec ou sans formation de séquestres. L'otite syphilitique labyrinthique présenterait en général une marche foudroyante (Politzer) ou simulerait parfois la maladie de Ménière (Balzer). On ne sait si les lésions débutent par le labyrinthe membraneux ou par le nerf acoustique ou par les parois osseuses de l'oreille interne. On ignorerait aussi la nature des lésions faite d'autopsie, mais le pronostic est fort mauvais et la surdité pour ainsi dire fatale. Dans quelques cas étudiés par Castex, l'allure de l'affection fut un peu plus subaiguë que le ferait supposer la description classique fournie par les auteurs. L'hérédosyphilis de l'appareil auditif est parfaitement exposée au point de vue clinique, mais sans détails nouveaux. Cependant l'écrivain a bien mis en lumière l'importance du sexe, le type morbide en question n'apparaissant guère que chez la femme, ainsi que le démontrent ses relevés statistiques.

A propos du choix d'un appareil acoustique, Castex est très partisan de l'acousticon des Américains, vraiment efficace et peu encombrant. Ce microphone portatif, car il est très petit, serait d'un entretien facile.

Auriste réputé, médecin de l'Institut national des sourds-muets de Paris, Castex a souvent été consulté pour des cas de *surdité* chez les jeunes enfants. Il expose la scène qui se passe en pareille circonstance avec une exactitude en quelque sorte photographique. Il note l'aveuglement des parents, l'attitude égarée, l'air étonné, inquiet du petit malade. Comme il se retourne quand une porte bat ou si quelque objet tombe à terre « parce que les pieds ont perçu les vibrations du sol » on en conclut qu'il entend. En pareil cas, il faut craindre de désillusionner trop brutalement les parents, surtout la mère généralement nerveuse et qui prend l'instabilité mentale et l'agitation de son pauvre infirme comme la preuve d'une grande intelligence. Il faudra donc donner un avis mitigé, renvoyer à plus tard, à un an par exemple, tout en laissant entrevoir en partie la vérité. L'entourage s'habitue peu à peu à la pensée de ce grand malheur, et on pourra conseiller ensuite les moyens d'éducation propres à faire du jeune sourd-muet une individualité utile. Un tableau indique pour chaque département les maisons d'instruction les plus rapprochées.

L'*obstruction nasale* est, comme on le sait, une gêne permanente, une cause de rhinite, de pharyngite, et par conséquent une source d'infection pour l'oreille, et aussi une source de déformations thoraciques actuellement bien connues, d'anémie, d'aproxie. S'il s'agit d'un chanteur, d'un orateur, le timbre de la voix s'altère et son émission devient fatigante. L'examen de la buée déposée sur le miroir de Glatz placé devant les narines permet d'apprécier grossièrement le degré de l'obstruction. D'autre part, la gêne de la circulation dans

la fosse nasale malade retentit sur les lésions de l'oreille du même côté et les aggrave (Moure et Brindel). Castex élimine de sa présente étude la syphilis, les végétations, les tumeurs, l'affaissement des narines, les cloisonnements incomplets du vestibule (Castex et Collinet) pour ne parler que de la *rhinite hypertrophique*, c'est-à-dire pratiquement des queues de cornet, surtout du cornet inférieur, car le moyen serait peu atteint et le supérieur point du tout. Cet état morbide se décèle par la rhinoscopie antérieure et surtout la rhinoscopie postérieure. Une autre cause d'obstruction nasale un peu plus rare que la précédente, mais encore très fréquente seraient les déviations de la cloison nasale. Pour l'auteur, le traitement de choix est ici la résection sous-muqueuse comme pour la queue du cornet inférieur, c'était la turbinectomie. Il donne à ces malades atteints d'obstruction nasale par l'action de deux facteurs étiologiques mentionnés plus haut le nom de « faux adénoïdiens ».

Si chez l'enfant, l'*épistaxis* est déterminée par les corps étrangers, les ulcérations septiques ou l'hémophilie, chez les adultes, il faut incriminer une ulcération de la partie antéro-inférieure de la cloison ou parfois un trouble de la circulation générale (troubles des règles, ménopause, hémorroïdes à flux habituel supprimé, maladie cardiaque, brightique ou athéromateux). Si la cautérisation de la cloison ne suffit pas (galvanocautère, nitrate d'argent), tamponnement dont le coton hydrophyle aura pu être trempé dans l'eau oxygénée, l'antipyrine, l'hamaméline, le jus de citron, mais pas de tamponnement postérieur, pas de perchlorure de fer trop irritant.

Castex se contente des données classiques à propos de l'*asthme des foins*. Il accepte l'origine pollinique et par suite le sérum de Billard et Mollet, la pollantine et le graminol, traitement spécifique, mais comme ces moyens peuvent échouer, il recommande aussi les attouchements à la cocaïne, au menthol-chloroforme, les tampons d'eau oxygénée. Comme médicaments internes, il préconise l'antipyrine, la terpine à haute dose, le sulfate d'atropine pendant les crises, le sulfate de quinine quand le paludisme peut être soupçonné, les poudres antiasthmiques, les cigarettes de datura. Comme le mal est souvent déterminé par des lésions locales du nez, on supprimera les éperons de cloison, les queues de cornet, les polypes, on détruira les zones spasmogènes, si on en découvre. « Les courants continus, dit l'écrivain, et ceux de haute fréquence m'ont rendu quelques services. » On tâchera de modifier aussi le terrain neuro-arthritique.

L'*osène* est cliniquement étudié par l'auteur qui insiste sur l'aspect des fosses nasales, sur la nature des croûtes. Castex passe ensuite à l'examen du cavum et du pharynx « souvent envahis ». Assez fréquemment aussi il y aurait extension au larynx, à la trachée, à l'oreille et aux sinus des fosses nasales. Il existerait également chez beaucoup de malades un état irritatif des culs-de-sac conjonctivaux (Terson et Gabrielides) qui tendra à la suppuration après une intervention sur l'œil, aussi les oculistes feraient traiter actuellement les

ozéneux avant de les opérer. Souvent ces sortes de malades sont des tuberculeux, non pas parce que l'ozène résulte, comme on l'a dit, de la tuberculose, mais parce que la punaisie vient sur un terrain dystrophique favorisant aussi l'invasion du bacille tuberculeux ; chez quatre des patients de Castex il y avait des troubles cérébraux tels que céphalée opiniâtre, cauchemars, perte de la mémoire. Le diagnostic serait facile. Cependant l'écrivain distingue avec soin cette affection de la syphilis nasale, des sinusites, de la suppuration due aux corps étrangers et enfin de la rhinite atrophique non fétide. L'auteur admet la prédominance marquée dans le sexe féminin, l'influence de l'hérédité. « Il y a sûrement un certain nombre d'ozènes qui sont d'origine hérédosyphilitique. La coexistence des stigmates usuels, kératite, déformations dentaires ne permet pas d'en douter ». Il est assez partisan aussi de la nature infectieuse du mal et accepte sur ce point les idées de Pérez. Il y aurait donc intérêt à empêcher la transmission du mal. Il croit que le mal est très résistant, mais qu'en somme il est curable : Il conseille : 1° de nettoyer minutieusement les fosses nasales, puis de paraffiner les cornets atrophiés avec la paraffine à froid ou de modifier la muqueuse par la photothérapie (Dionysio) par les courants alternatifs à haute fréquence. Ni le massage, ni l'électrolyse cuprique ne seraient véritablement efficaces. Il en serait de même des injections de sérum antidiphthérique (Belfenti et della Vedova). Comme moyens nouveaux, il signale l'emploi de l'air chaud (Møller) et la rééducation respiratoire (Robert Foy), mais il n'apprécie pas. Il croit à l'utilité de l'iodure de potassium et de la médication sulfureuse. On arriverait à désodoriser d'une façon définitive le malade ainsi que le prouveraient les fiches d'observation de l'auteur qu'il a dépouillées impartialement dans le but de s'éclairer sur ce point encore très discuté.

Comme celle de l'oreille, la *syphilis du nez* est l'objet d'un très bon chapitre. Avec les syphiliographes les plus récents, Castex admet que le chancre évolue d'une façon latente dans les fosses nasales. Il y a tout au plus un peu d'obstruction et des petits épistaxis renouvelés. Si, par hasard, on a procédé à un examen, on aperçoit une petite ulcération surélevée sur le canal inférieur ou la cloison, près du vestibule, que recouvre une croûte verdâtre. On note un peu d'engorgement dans les ganglions sous-maxillaires, parfois dans les ganglions parotidiens, ce qui simule l'oreillon. L'apparition de la roséole lève tous les doutes. Les accidents secondaires (papules, fissures dans les narines, érythème vermillon, érosions sur la muqueuse) seraient rares et mal caractérisés. Le cas de syphilide végétante de Ripault serait tout à fait exceptionnel. La période tertiaire serait, en somme, la plus caractéristique, comme le soutenaient depuis longtemps les principaux syphiliographes. Elle surviendrait, en général, longtemps après le chancre. Il y a jetage, des mauvaises odeurs, des croûtes d'un vert noirâtre, de l'atrophie du cornet inférieur, de la fétidité marquée de l'haleine. Les désordres anatomiques, souvent fort importants, sont longuement

exposés et l'auteur rappelle l'existence possible de sinusites (Lubet-Barbon et Cornet). Il signale le nez en lorgnette. L'ostéite naso-crânienne peut, d'autre part, entraîner des méningites et des encéphalites (Fournier). Le diagnostic ne présenterait guère de difficultés. Ni l'ozène, ni le lupus n'évolueraient ainsi et l'aspect serait au fond tout autre. Les tumeurs malignes seraient plus douloureuses, amèneraient une obstruction plus complète, montreraient une masse fongueuse caractéristique et saigneraient d'une façon prolongée quand on les touche avec le stylet. Les rhinolithes seraient unilatéraux, s'accompagnant d'un boursofflement caractéristique; il y aurait un corps dur, mobile, un peu différent du séquestre. Par contre, la lèpre, la morve, l'actinomycoïse seraient beaucoup plus difficiles à différencier de la syphilis, mais elles ne surviendraient que bien rarement. Le mercure sera donné en injections intramusculaires. Castex ne recule pas au besoin devant les injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre. On prescrira 2 à 3 gr. d'iodure par jour.

L'hérédoïsyphilis du nez se montrerait à la naissance ou à la puberté. Dans le premier cas, c'est le coryza des nourrissons; dans le second, des épaississements de la racine du nez, des atrophies de cornet.

Les cancers du nez semblent être surtout des sarcomes chez les jeunes sujets et des épithéliomes chez les individus âgés. Quoi qu'il en soit, la symptomatologie serait sensiblement la même. Après une période latente caractérisée par une sensation de plénitude, des douleurs névralgiques, il survient des suintements ichoreux, des épistaxis répétés, de la déformation du nez, de l'envahissement ganglionnaire. A l'examen avec le spéculum, on découvre une tumeur noirâtre, livide, saignant facilement et d'une façon prolongée au contact avec le stylet. Ce serait là un signe presque pathognomonique, ainsi que l'engorgement ganglionnaire. Mais le diagnostic est néanmoins souvent difficile, surtout dans la syphilis peu douloureuse, bilatérale et n'entraînant pas d'engorgement ganglionnaire. Au besoin, on devrait recourir à la réaction de Wassermann. Si la tumeur est circonscrite, on l'enlèvera par les voies naturelles à l'aide du curetage suivi de cautérisations ou avec le galvanocautère. Aux travaux plus étendus conviendrait le procédé d'Ollier ou celui de Chassagnac (résection temporaire de l'auvent nasal ou rabattement du nez sur le côté opposé). On pourrait aussi employer la méthode de Rouge (de Lausanne) ou de Denker (d'Erlangen). L'emploi des rayons X et les fulgurations diminueraient les chances de récïdive, mais le schock opératoire, les hémorragies secondaires, les pneumonies seraient à redouter. Si le mal est inopérable, on désinfectera avec des antiseptiques, on fera des attouchements à l'adrénaline, on insufflera du chlorate de potassium, on diminuera la douleur avec des piqûres de morphine, etc.

(A suivre.)

C. CHAUXEAU.

II. — L'ostéite chronique métaplastique du labyrinthe humain, par P. MANASSÉ, de Strasbourg. Wiesbaden, 1912, chez Bergmann.

Bien des points restent à élucider dans l'otosclérose, malgré le grand nombre de travaux publiés, dont quelques-uns très importants, notamment ceux de Politzer et de Siebenmann¹. Faute de critérium anatomique suffisant, on n'est point fixé sur la véritable nature du processus morbide² et sur sa localisation primitive³. D'abord les matériaux d'étude manquent en grande partie faute de nécropsies, l'affection n'étant point mortelle, et ce n'est que par hasard qu'on peut étudier l'oreille d'un sujet atteint de surdité progressive, parce que le sujet porteur a succombé à une maladie intercurrente. Pour cela, il a fallu qu'il habitât avant sa mort un hospice ou du moins qu'il fût venu à l'hôpital pour une maladie générale infectieuse quelconque telle que la grippe, la fièvre typhoïde, etc., ou pour une pneumonie, une tuberculose, etc. Il est nécessaire aussi que celui qui aura fait les investigations nécropsiques ait été un habile histologiste habitué à reconnaître les lésions osseuses d'une technique de recherche particulièrement difficile⁴, et aussi un otologiste qui connaisse parfaitement la maladie dont il a eu la rare fortune de pouvoir explorer les altérations morbides. Ce sont là des conditions nombreuses malaisées à trouver réunies. Elles le sont cependant parfois puisque P. Manassé a pu examiner le labyrinthe de dix sujets dont il donne une description détaillée. Il en tire la conclusion importante que l'otosclérose de Politzer est une ostéite chronique métaplastique du labyrinthe. Il a étudié le processus morbide de cette otite interne avec beaucoup de sagacité; mais, avant d'examiner les vues personnelles de l'auteur, passons en revue les faits très rares, en somme, sur lesquels est basée la présente monographie.

1^o Fait nécropsique. — Femme de 56 ans, atteinte durant sa vie de surdité progressive bilatérale, atteinte en outre d'une tumeur du nerf acoustique. P. Manassé a pu étudier le rocher gauche auquel était attenant ledit néoplasme. La pièce provenait de l'Institut anatomique de Karl-Rose. Caisse normale ainsi que le ligament annulaire. Capsule osseuse du labyrinthe ne présentant à première vue rien de bien spécial, mais, à l'examen histologique on découvre sur la partie antérieure du rebord de la fenêtre ovale un petit foyer morbide de la grosseur d'une tête d'épingle. A l'éosine-hématoxiline, les parties atteintes se colorent en partie en rose pâle, en partie en

1. Traité. Voir aussi la monographie de Denker : *Die Otosclerose*. Wiesbaden, 1904.

2. Voir Zange (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, vol. LXII, p. 1).

3. Heimann (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, 1909, p. 761) en fait une ankylose primitive de l'étrier.

4. Von Recklinghausen a mis plus de vingt ans à achever ses immortelles recherches sur le rachitisme et l'ostéomalacie sans se flatter d'avoir résolu tous les problèmes qu'il avait à résoudre.

bleu intense. Dans le premier cas, trabécules assez abondantes, épaisses, limitant de petits espaces lacunaires renfermant des vaisseaux bien développés, entourés de cellules de tissu conjonctif et quelques amas graisseux çà et là. Dans le deuxième cas, les trabécules sont beaucoup plus minces, beaucoup moins abondantes, limitant des espaces beaucoup plus vastes, remplis de vaisseaux entourés d'un grand nombre de cellules embryonnaires. Dans les petites cavités, on ne trouvait que des cellules ovales ou aplaties et étroites; ici, les formes sont beaucoup plus variées. Parfois les lacunes deviennent énormes et les espèces de canaux qui y mènent prennent eux-mêmes de fortes dimensions. On dirait qu'en certains points ce tissu osseux, coloré fortement en bleu, est comme réduit à l'état de crible, tant sont nombreux les espaces lacunaires. Limites très nettes entre ce tissu ostéide et le tissu compact de la capsule labyrinthique, le premier étant plus irrégulièrement disposé et ne renfermant jamais des amas cartilagineux¹ pathognomoniques du second. D'autre part, le tissu compact reste normal au voisinage du tissu morbide; nulle part on n'observe d'ostéoclastes ni de cavités (niches) d'Howshipsch indiquant des traces de réaction de sa part. Ces lésions histologiques se répéteront comme on va le voir dans les 9 autres cas. On y rencontrera pareillement des altérations morbides du labyrinthe membraneux qui jusqu'ici étaient peu connues. Dans le cas actuel, les lésions étaient pour ainsi dire cantonnées aux parties nerveuses de celui-ci.

Les ganglions étaient très malades, les cylindres nerveux étranglés, moniliformes, encastrés dans du tissu cellulaire de nouvelle formation. Beaucoup de pigments et de cellules pigmentaires. Pas de cellules ganglionnaires dans les parties périphériques du ganglion spiral; elles sont réduites de volume dans les parties centrales. Dans les cavités du labyrinthe membraneux, beaucoup de masses hyalines teintées en rouge intense par l'éosine. Quant à la tumeur de l'acoustique, elle a été étudiée par le professeur Rose lui-même qui en a fait l'objet d'un rapport spécial.

2° Chez une femme de 77 ans, sourde depuis 30 ans à la suite d'une fièvre typhoïde et qui avait présenté très souvent du vertige dont Manasséa a publié déjà l'observation sous le nom de surdité complète d'origine dothiénentérique, le rocher gauche présentait un foyer morbide osseux à la partie antérieure de la fenêtre ovale, qui était de la grosseur d'une tête d'épingle, se teintant en bleu foncé par l'hématoxyline-éosine pendant que le reste de la capsule labyrinthique avait sa couleur rouge habituelle. Ce foyer tendait à gagner la caisse, il était irrégulier, serpentant çà et là et rappelant l'aspect d'une exostose. Dans les cavités limitées par les trabécules à disposition plus ou moins spongioïde, beaucoup de vaisseaux, mais pas d'ostéoblastes, pas d'ostéoclastes, pas de moelle lymphoïde ou graisseuse, mais de la

1. Ces espèces de nids cartilagineux se retrouveraient disséminés surtout dans les couches superficielles de la capsule osseuse labyrinthique.

moelle fibreuse en quelques points, dont les fibres avaient subi l'imprégnation calcaire. Rien au ligament annulaire. Les fibres qui réunissent l'étrier à la fenêtre ne se sont pas ossifiées; étrier complètement normal. Même aspect des lésions dans le rocher droit, sauf qu'il n'y avait pas de grosses cavités pleines d'éléments cellulaires et que la moelle fibreuse faisait défaut. Manassé conclut de l'aspect des lésions qu'il s'agissait d'un *processus morbide en voie de régression*.

3° Chez une jeune femme de 30 ans, sourde à gauche depuis l'enfance et sourde à droite neuf semaines avant sa mort à la suite d'une attaque d'influenza, on trouva la muqueuse de la caisse amincie en certains points, épaissie en d'autres. La cavité tympanique contenait quelques mucosités. Foyer osseux de la grosseur d'une forte tête d'épingle à la partie antérieure de la fenêtre ovale débordant un peu dans le vestibule jusqu'à la macula sacculi. Il s'agissait d'un tissu très riche en vaisseaux, contenant de l'os très jeune, concomitamment avec de la substance ostéoïde, très nettement différencié de l'os compact normal de la capsule labyrinthique. La transition est très brusque. Pas de disposition régulière et normale des trabécules osseuses dans le foyer morbide; espaces lacunaires très abondants. Les vaisseaux, très gros, très nombreux, sont entourés d'une moelle fibreuse çà et là ou bien par du tissu embryonnaire. Le tissu est coloré en bleu intense avec l'hématoxyline-éosine. Les cellules sont tantôt rondes, tantôt allongées, ou présentent une forme très irrégulière avec des pointes multiples. Ostéoblastes partout hypertrophiés, pas d'ostéoclastes.

Le labyrinthe membraneux présente une oblitération partielle du ductus cochlearis soudé en partie avec les régions voisines, de telle sorte que la membrane de Reissner semble avoir en partie disparu. Piliers à peine reconnaissables; membrane de Corti très épaissie. Les cellules du ganglion spiral ont en grande partie été détruites au niveau du pôle supérieur. Cylindres-axes amincis, étranglés, moniliformes.

L'auteur n'a pu se procurer le rocher droit.

4° Chez un vieillard de 69 ans, atteint de surdité progressive de l'oreille droite depuis 10 ans et de l'oreille gauche depuis 8 mois, sans bourdonnements ou otorrhée, qui avait succombé à un carcinome du maxillaire supérieur (sinus) le rocher droit ne présentait qu'un peu de catarrhe de la caisse. Osselets et ligament annulaire absolument normaux, mais foyer morbide à la partie antérieure de la fenêtre ovale se limitant du tissu normal par une ligne très nette en forme de guirlande. On y trouve du tissu osseux jeune et du tissu ostéoïde; on y rencontre aussi de très nombreux espaces lacunaires remplis d'ostéoblastes irrégulières et de petits trous donnant à l'ensemble un aspect criblé et qui, en se réunissant en certains points, forment de grosses cavités remplies d'une moelle fibreuse. Coloration bleu intense avec l'hématoxyline-éosine. Tout près du tissu morbide en question, le tissu compact de la capsule contient des canaux de Havers légèrement dilatés et d'aspect un peu irrégulier; néanmoins le tissu normal se différencie nettement et brusquement du tissu ostéoïde en question.

Le labyrinthe membraneux est très malade. Ductus cochlearis très amoindri. Membrane de Reissner et membrane de Corti en partie disparues, éléments cellulaires atrophiés, dégénérés; ganglions nerveux très atteints.

Mêmes lésions dans le rocher gauche, sauf que les membranes de Reissner et de Corti sont beaucoup moins lésées, mais les ganglions nerveux et les ramifications nerveuses de l'acoustique sont manifestement très dégénérés.

5° Chez une femme de 52 ans, sourde depuis de longues années des deux oreilles, la caisse, pendant l'examen nécropsique, fut trouvée très hyperémiee; osselets normaux. Étrier ankylosé atteint d'ostéite. Labyrinthe osseux malade sur une grande étendue; tissu compact transformé en grande partie en une sorte de tissu spongieux, dont les trabécules irrégulières limitent des espaces lacunaires renfermant d'abondantes cellules embryonnaires. A la périphérie et en dehors, les trabécules épaisses limitent des cavités assez petites renfermant de la moelle fibreuse. Au centre et à la face interne du labyrinthe, les trabécules sont minces et renferment de grosses cavités qui contiennent beaucoup moins de vaisseaux que précédemment, mais, par contre, beaucoup plus de cellules. Les deux variétés de tissu osseux ne sont pas nettement tranchées l'une de l'autre, car il existe des points de passage. La première qui est certainement la plus ancienne commence manifestement à prendre un type régulier et normal, non seulement au point de vue de la disposition des lamelles osseuses, mais encore des vaisseaux qui sont abondants et bien développés et des cellules qui revêtent déjà un type médullaire.

Il y a deux foyers: l'un, très vaste, commençant en avant de la fenêtre ovale et s'étendant au vestibule et à tout le limaçon; l'autre, beaucoup plus petit, commençant en arrière de la fenêtre ovale et se portant vers la fenêtre ronde. Ces deux foyers englobent en quelque sorte le ligament annulaire. Le postérieur a envahi manifestement l'étrier et il entoure la plus grande partie de la fenêtre ronde.

Dans le labyrinthe membraneux les lésions ont respecté en grande partie l'organe de Corti, mais envahi le canal de Rosenthal très rétréci. Ganglions nerveux dégénérés et fibreux.

Les lésions du rocher gauche sont à peu près identiques à celles du côté droit. Ici encore, dans le labyrinthe membraneux, c'est le ganglion spiral qui est le plus atteint. Il est manifestement scléreux.

6° Dans l'oreille d'un individu, sourd depuis longtemps, les recherches nécropsiques du côté de l'appareil auditif montrèrent que la muqueuse de la caisse était très vascularisée et épaissie. Épithélium normal; osselets normaux, sauf l'étrier dont la platine est très épaissie, atteinte d'ankylose osseuse; ligament annulaire reconnaissable seulement en arrière. La capsule osseuse labyrinthique est malade sur une très grande étendue (vestibule et limaçon). Comme dans l'observation précédente, trois foyers dont un petit commence en arrière de la fenêtre ovale; un foyer encore plus petit existe dans le canal semilunaire postérieur; le plus grand commence à la partie

antérieure de la fenêtre ovale et comprend la plus grande partie de la zone morbide. Lésions histologiques comme dans le cas n° 5. Dans le labyrinthe membraneux, lésions scléreuses cantonnées aux ganglions nerveux et aux branches de l'acoustique. Organe de Corti à peu près normal.

7° Chez un individu mort à 84 ans, atteint depuis quelques années (6 ans) de surdité progressive dont l'histoire clinique a été rapportée par Paul Manassé dans sa monographie déjà parue sur la surdité progressive, page 26, le rocher droit n'était lésé que très légèrement au niveau de la partie antérieure de la fenêtre ovale. Foyer de la grosseur d'une petite tête d'épingle. A ce niveau le tissu compact de la capsule labyrinthique est remplacé entièrement par du tissu spongieux limitant de petites cavités remplies par un gros vaisseau entouré de cellules plus ou moins abondantes. Les trabécules osseuses formant ce réseau sont très épaisses. Ça et là les éléments cellulaires très peu nombreux cubiques ou ovales rappellent absolument les ostéoblastes. En certains endroits, le jeune tissu osseux a presque une apparence normale, en d'autres points il est beaucoup plus atypique et ostéoïde. Comme dans les cas 3, 4, 5, 6, on rencontre ça et là quelques formations cartilagineuses, dans le tissu compact 3 foyers morbides distincts, le premier déjà signalé qui respectel'étrier mais se porte un peu dans la caisse, un deuxième occupant la région du pore acoustique interne à l'entrée du nerf cochléaire, un troisième au sommet des rampes du limaçon, au niveau de la coupole qui avait été inaperçu lors de la première publication de ce cas. Tous ces foyers sont nettement séparés du tissu compact par une couche de tissu ostéoïde privé d'éléments cellulaires, mais encore un peu irrégulier d'aspect.

Le rocher gauche n'avait que deux foyers morbides, l'un au niveau du pore acoustique, l'autre au limaçon tout près de la fenêtre ovale. Tissu osseux de nouvelle formation spongioïde en certains points riche en cellules à type se rapprochant de la normale dans la plus grande partie de l'étendue des parties malades ; atrophie marquée et scléreuse du labyrinthe membraneux.

8° Chez une femme ¹ morte à 85 ans, atteinte de surdité progressive depuis 30 ans, complètement sourde depuis 20 ans, qui avait éprouvé beaucoup de bourdonnements avec hallucinations auditives (voix lui parlant, ce qui détermina une psychose ayant nécessité l'internement) ; il y avait du côté des deux rochers des lésions marquées du côté du pore acoustique en partie comblé, caisse normale à droite, mais l'étrier est partiellement ankylosé en arrière ; lésions beaucoup moins marquées en avant. Limaçon complètement modifié ainsi que le vestibule, mais l'os nouveau est déjà dense et de type rappelant la normale, de telle sorte qu'il n'y a pas de tissu spon-

1. Trois de ses frères et sœurs avaient été atteints aussi de surdité progressive. A l'autopsie, leptoméningite chronique et artériosclérose, foyer caséux calcifié du poumon, fibrome utérin.

goïde proprement dit, mais l'os est beaucoup plus vasculaire que dans les cas normaux. Éléments cellulaires rappelant de très près ceux de la moelle. Dans le labyrinthe membraneux, les lésions occupent presque exclusivement les ganglions nerveux très sclérosés et les rameaux très atrophiés du nerf acoustique.

Le rocher gauche présente en gros des lésions identiques à celles du rocher droit. L'étrier est en grande partie ankylosé. Les altérations morbides comprennent non seulement le limaçon et le vestibule, mais encore le canal semi-circulaire supérieur. L'os nouveau est presque typique et manifestement déjà ancien.

9° Femme de 46 ans, nièce de la précédente, atteinte depuis longtemps de surdité progressive, principalement à gauche. A l'autopsie, caisse, osselets et muqueuse sains, sauf que la platine de l'étrier est légèrement luxée en arrière et que la branche antérieure est immobilisée en partie par la saillie d'une exostose occupant la partie antérieure du pourtour de la fenêtre ovale. Ligament annulaire, hypertrophie en avant, atrophie en arrière. Le foyer d'ostéite précité a envahi la paroi antérieure du vestibule jusqu'à la macula sacculi et le limaçon jusqu'au tour de spire supérieur. Il se colore en rose à sa périphérie en bleu sombre à son centre quand on le soumet à l'hématoxyline-éosine. A sa périphérie, il est constitué par des trabécules épaisses limitant des espaces remplis de moelle fibreuse. Dans les parties centrales, les lacunes sont beaucoup plus volumineuses et renferment beaucoup de vaisseaux entourés d'une grande quantité de cellules embryonnaires, arrondies, ovales ou irrégulières dont quelques-unes sont manifestement des ostéoblastes. Sur la zone intermédiaire, entre le tissu sain et le tissu malades les éléments cellulaires disparaissent complètement. Dans le labyrinthe membraneux, atrophie légère et affaissement de la membrane basilaire qui n'a plus qu'une couche de cellules. Membrane de Reissner normale, hydropisie du ligament spiral. Envahissement du canal de Rosenthal par du tissu embryonnaire. Sclérose des ganglions nerveux. Pigment et cellules pigmentaires en grande quantité.

A droite, labyrinthe osseux normal, mais labyrinthe membraneux malade comme à gauche. On constate même une atrophie plus considérable de l'organe de Corti.

10° Chez une femme de 40 ans atteinte de surdité progressive et depuis 4 à 5 ans de violents vertiges, on trouvait le tympan du côté droit très enfoncé et le tympan gauche perforé avec, sur le promontoire, une perte de substance comblée par un granulome. Acuité auditive très faible. Tuberculose étendue du pharynx, du larynx et des poumons. A l'autopsie, le rocher du côté droit renferme une caisse atteinte de catarrhe, mais tympan et osselets normaux ainsi que les fenêtres et le ligament annulaire. Capsule labyrinthique normale, sauf en deux petits points. Au niveau du tour de spire supérieur du limaçon, foyer de 2 millimètres de surface où le tissu compact a fait place à du tissu ostéoïde dont les parties centrales se

colorant en bleu intense ont plutôt des cellules embryonnaires que de véritables ostéoblastes. Vaisseaux abondants et bien développés. Limites très nettes entre les parties malades et les parties saines. Pas de véritables ostéoclastes ni de lacunes de Howshipsch. En avant, près du canal carotidien, autre petit foyer semblable au précédent, mais contenant çà et là un peu de moelle fibreuse. Labyrinthe membraneux manifestement malade. Atrophie de l'organe de Corti, atrophie beaucoup plus marquée des branches du nerf acoustique et de ses ganglions.

Le rocher gauche est très lésé. Plus de tympan, élimination du marteau et de l'enclume, parois carieuses, étrier carieux. Capsule labyrinthique lésée comme celle du côté droit comme symétriquement ; le tissu ostéoïde des foyers morbides est semblable à celui décrit à propos du labyrinthe osseux du côté droit. Labyrinthe membraneux présente une atrophie encore plus marquée qu'à droite des éléments nerveux. On y trouve çà et là des corpuscules de pus, la capsule osseuse ayant été légèrement envahie par l'ostéite carieuse.

Anatomie pathologique. — Ce qu'il y a d'intéressant surtout dans les faits notés par Paul Manassé, c'est que les lésions sont manifestement de nature inflammatoire (tissu ostéoïde en voie de développement ou de régression suivant les points considérés, tissu granuleux dans les espaces lacunaires, présence de cellules géantes et d'éléments embryonnaires, transformations fibreuse de la moelle çà et là) qu'elles ne sont pas de nature d'autre part à justifier l'opinion souvent émise d'une ankylose primitive de l'étrier puisque cette ankylose manque quelquefois, que le mal tout en semblant prédominer au niveau de la partie antérieure du rebord de la fenêtre ovale, peut occuper aussi des points de la capsule labyrinthique qui en sont très éloignés.

Suivant Manassé le tissu ne serait atteint que secondairement et en quelque sorte d'une façon passive¹. Il se résorberait pour ainsi dire sans résistance, sans réaction cellulaire (puisqu'il n'y a pas d'ostéoblastes, pas de cavité d'Howspisch), parce qu'il est mortellement comprimé par le tissu ostéoïde de nouvelle formation. Celui-ci se développerait non après destruction du tissu compact dans des lacunes laissées libres par la disparition de celui-ci, mais dans des espaces préformés vasculaires, tels que canaux des artères nourricières de la région, canaux de Havers. En étouffant le tissu compact du voisinage qui se résorbe passivement, il se fait de la place, et si d'habitude le foyer morbide est très limité, de la grosseur par exemple d'une tête d'épingle, par contre, il envahit parfois la plus grande partie de la capsule osseuse labyrinthique.

Paul Manassé a pu suivre l'évolution de ce tissu de nouvelle formation. Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer il ne se

1. Siebenmann pensait au contraire qu'il y avait d'abord fonte active du tissu compact puis formation secondaire de tissu ostéoïde aboutissant peu à peu au tissu compact (Voir *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, vol. 34 et 36).

transformerait pas progressivement en tissu compact normal, ou du moins ce ne serait pas l'éventualité la plus ordinaire. Le plus souvent il se résorberait par résorption lacunaire en masse par suite de l'action des ostéoclastes ou bien des canaux de Havers et les cavités ostéoblastiques qui l'entourent deviendraient de plus en plus vastes de telle sorte que les lamelles osseuses allant sans cesse en se réduisant finiraient par disparaître. Il résulterait de ce processus un aspect vermoulu de vieux bois ou, mieux, un état criblé que l'auteur décrit longuement. Une fois le tissu ostéoïde de première génération détruit, il se produirait un tissu ostéoïde de deuxième génération qui atteindrait l'état adulte et peu à peu se confondrait avec le tissu compact de voisinage. Une autre particularité très intéressante de l'anatomie pathologique de l'affection, c'est la symétrie presque parfaite des lésions du côté droit et du côté gauche quand le sujet a été atteint pendant sa vie de surdité bilatérale. L'auteur a mentionné dans un chapitre spécial les travaux de ses devanciers sur la nature des altérations morbides osseuses de l'otosclérose. Le lecteur y trouvera des renseignements historiques intéressants, mais qui ne peuvent prendre place dans la présente analyse. Les lésions du labyrinthe membraneux retrouvées dans les 10 cas d'otosclérose étudiés par lui rappellent celles de la surdité nerveuse pure (ou il n'existe que des lésions de l'auditif et de ses ganglions), mais elles sont un peu moins prononcées. Déjà dans le cas de Scheibe étudié par Bezold (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, vol. 24), dans un cas de Politzer, dans un cas de Siebenmann, dans quelques cas de Habermann (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, vol. 50, 53 et 60), dans le cas d'Otto Mayer (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, 1911), des faits semblables avaient été signalés. Ce sont donc des éventualités assez fréquentes dans l'otosclérose, mais sont-elles primitives et les lésions osseuses leur sont-elles consécutives ? Bruhla soutenu que Paul Manassé était de ce dernier avis. Il n'en est rien et l'auteur pense seulement que quand il y a surdité progressive intéressant le nerf acoustique les lésions quel qu'en soit le facteur étiologique, qui peut être très divers (traumatisme, infections, intoxications, propagations d'une inflammation de la caisse) *sont sensiblement les mêmes, bien que leur pathogénie puisse être très différente*. D'ailleurs, cet auteur, malgré l'existence simultanée, dans les cas qu'il a étudiés, de lésions du labyrinthe osseux et de lésions du labyrinthe membraneux déclare même n'être pas en état de décider s'il y a relation quelconque entre ces deux processus ou s'il s'agit de simples coïncidences. Quoiqu'il en soit, à propos de la topographie de ces lésions nerveuses et de leur nature, il rappelle ses travaux antérieurs bien connus.

Comme annexes à sa monographie proprement dite, il étudie les ankyloses de l'étrier qu'on rencontre en dehors de l'otosclérose (ankylose fibreuse et ankylose calcaire à la suite d'inflammations de la caisse. A signaler, surtout à ce point de vue, un cas personnel à l'auteur dépendant peut-être d'une syphilis ancienne. Il s'occupe ensuite des symptômes relevés par lui dans les 10 cas qu'il a étudiés (principalement des troubles de l'acuité auditive et de leur pathogénie) et

enfin de l'étiologie des lésions osseuses si remarquablement décrites par lui. L'écrivain n'a rien trouvé qui puisse faire supposer une cause locale; il s'agirait bien plus vraisemblablement d'une cause générale frappant l'économie tout entière. Hammerschlag et Körner ont fait des relevés familiaux très soignés qui prouveraient le caractère héréditaire de l'affection. Rappelons à ce propos que Paul Manassé a pu étudier les 2 rochers d'une tante et d'une nièce frappées toutes deux de surdité progressive. Dans 3 rochers il y avait ostéite métaplastique du labyrinthe, mais 2 fois seulement il y eut ankylose de l'étrier. Dans le 4^e cas il n'y avait d'un côté que des lésions du labyrinthe membraneux. L'auteur mentionne finalement l'hypothèse de Hammerschlag d'après laquelle l'otosclérose, la surdité labyrinthique progressive (dégénérescence atrophique des parties molles du labyrinthe) et la surdité héréditaire seraient une seule et même affection sous trois formes différentes. Il considère ce point de vue comme très intéressant, mais suivant lui les matériaux manqueraient encore pour juger de son exactitude. Signalons en terminant le caractère très complet de son index bibliographique (à partir de la monographie de Denker en 1904) et la beauté de ses planches anatomopathologiques d'un caractère très artistique.

C. CHAUVEAU.

III. — Les inflammations phlegmoneuses des voies aériennes supérieures, par le prof. Edmond MEYER, de Berlin; fascicule du traité de chirurgie spéciale des oreilles et des voies aériennes supérieures, publié sous la direction de KATZ, PREVSING et BLUMENFELD. Wurtzbourg, 1912, chez Curt Kabitsch.

Sous ce nom, l'auteur a réuni des affections fort diverses comme siège, nature, symptômes et traitement; cependant, par cela même qu'elles sont déterminées par des germes pyogènes, elles ont un air de famille indiscutable. Les symptômes locaux sont en effet primés ici par les phénomènes généraux qui sont toujours les mêmes tels que frisson intense, élévation de température considérable, etc. Ici, comme dans les autres régions du corps, le phlegmon peut être traumatique ou idiopathique, l'inflammation est franchement microbienne. Le plus souvent il faudrait incriminer le streptocoque, puis le staphylocoque; mais on a retrouvé aussi dans le pus des pneumocoques, des bacilles diphtériques ou le bacille de Pfeiffer en culture pure.

Dans le nez, les collections purulentes ne se voient guère qu'au septum, les abcès des cornets étant en somme exceptionnels. L'idée d'une chondrite perd du terrain en face de l'hypothèse d'un phlegmon diffus de la cloison (Küttner), qu'il soit dû à une petite excoriation ou qu'il se produise pendant une maladie infectieuse. Les germes pathogènes envahissent surtout la voie lymphatique, beaucoup plus rarement la voie sanguine. Ricci, Lublinski, Killian ont vu l'abcès du septum survenir au cours d'une carie dentaire ou d'un empyème maxillaire (Tod, Parker). D'autres fois, on peut invoquer la présence

d'un corps étranger (Carrière). La partie inférieure du nez semble élargie, fluctuante, la lèvre supérieure est manifestement gonflée en haut. Le vestibule est rempli dans les deux narines par une masse livide qui masque entièrement les parties profondes. Le pus est facilement renvoyé d'un côté à l'autre par suite de la perforation du septum. C'est là un symptôme précieux noté par Bérard il y a bien longtemps déjà. L'hématome, malgré quelques signes différentiels et sa marche un peu dissemblable, ne se distingue en somme de l'abcès que par le liquide retiré de la ponction. Après cocaïnisation, on fendra la tumeur fluctuante verticalement; on enlève les séquestres cartilagineux ou osseux, puis on décortique la paroi pour empêcher toute récurrence. On pansera au xéroforme ou à l'iodoforme pour favoriser la granulation des tissus et l'adhérence des parois entre elles. Ce n'est que quand le cartilage est mortifié en presque totalité qu'on peut craindre des déformations consécutives, mais cela serait bien rare. Si le mal est abandonné à lui-même, l'abcès finit par se vider spontanément, mais les bords de l'ouverture ne se cicatrisent pas et simulent, à un examen superficiel, une ulcération syphilitique ou une ulcération tuberculeuse.

L'érysipèle du nez, bien décrit par les auteurs français de la moitié du XIX^e siècle, est ici assez brièvement esquissé. Meyer fait remarquer que le mal dans ses formes intenses envahit presque toujours les sinus. Luc a vu dans un cas un empyème chronique se montrer après l'affection. Le pus renfermait le microbe de Fehleisen. A côté des formes habituelles qui succèdent à l'érysipèle de la face, l'auteur cite les érysipèles primitifs des fosses nasales. Les symptômes locaux étant moins nets, on se laissera guider pour le diagnostic sur les phénomènes généraux.

II. — Le *phlegmon du gosier et l'érysipèle de la gorge* semblent très étroitement apparentés au point de vue symptomatique et bactériologique. L'érysipèle primitif du pharynx semble absolument rare, malgré les affirmations contraires de Lasèque et de Hiller. Plus souvent il succède à un érysipèle de la face. Qu'il y ait érysipèle ou phlegmon, le mal débute, comme on le sait, par des symptômes très violents (frissons, forte élévation de température, abattement ou au contraire excitation et délire). La douleur locale est variable, la muqueuse apparaît rouge ou livide, brillante, très sèche (Kronenberg). D'habitude les ganglions lymphatiques de la région sont très tuméfiés. On voit souvent survenir des endocardites, des néphrites, des arthrites infectieuses. Tantôt l'inflammation se cantonne, tantôt elle voyage. Comme moyen thérapeutique on prescrira les enveloppements froids, l'emploi des sérums antistreptococciques souvent efficaces. S'il se forme du pus, il sera éliminé par incision. On calmera l'agitation par les nervius et les douleurs par la morphine.

Si l'abcès se cantonne, on a l'abcès tonsillaire ou l'abcès péritonsillaire, ou l'abcès rétropharyngien. La première variété assez rare se produit dans les cryptes amygdaliennes depuis longtemps malades. Elle peut exister longtemps sans déterminer grande réaction géné-

rale ou locale. Le pus peut se caséifier entièrement. Si l'abcès est plus gros, il amène une déformation de la tonsille et souvent aussi de l'engorgement ganglionnaire. La déglutition est même gênée à cause de la sensibilité et surtout du volume de la région malade.

L'abcès périllonsillaire, bien connu depuis Lasèque, est décrit par l'auteur sans détails nouveaux, mais d'une façon suffisamment détaillée. Il a bien su dépeindre les désordres locaux de l'isthme, notamment la déformation de la région malade que représente au naturel une excellente planche en couleur. Suivant Meyer, le pus serait très précoce et il pourrait se former au bout de 24, 36, 48 heures, rarement au delà du troisième jour. Quand on laisse le mal évoluer, la collection finirait par s'ouvrir spontanément le sixième ou le huitième jour dans la fossette sustonsillaire. Parfois l'abcès aigu se transformerait insensiblement en un abcès chronique. Souvent il y aurait érosion d'un vaisseau et hémorragie plus ou moins abondante. Les fusées purulentes dans l'aisselle et le médiastin seraient tout à fait exceptionnelles. Au début, on pourrait recourir à la méthode de Bier (Prym) qui semble inefficace à l'auteur. La congestion passive (Polyak, Van Gerson, Gaudin) serait plus efficace. En général, le plus simple est d'inciser d'une façon précoce pour frayer au pus son passage. On choisira comme lieu d'élection la partie supérieure ou la partie externe de la glande. Le drainage serait totalement inutile. Si le foyer est très en arrière et très profond, il faudra inciser au niveau du pilier postérieur. Winkler, dit Meyer, est beaucoup plus radical que la majorité des chirurgiens actuels. Il prescrit la tonsillotomie, puis il désinfecte la niche tonsillaire avec la solution de Lugol.

La péritionsillite linguale, plus rare et plus mal connue que la péritionsillite palatine, est connue surtout depuis l'emploi du miroir qui permet de reconnaître la véritable nature de cette sorte de phlegmon. En même temps que le malaise général, le frissonnement, la fièvre élevée, on constate que la racine de la langue est rouge, gonflée, et la tuméfaction tend à gagner la vallécule et le haut de l'épiglotte. Les ganglions de la région sont toujours tuméfiés et douloureux. On dirait d'un abcès du dos de la langue bridé en deux masses par le muscle hyoglosse (Killian). La dysphagie est presque totale. La fluctuation est difficile à percevoir à cause de la situation profonde du foyer morbide. Si on abandonne le mal à lui-même, il finit par s'ouvrir, mais détermine souvent alors des complications septiques ou de l'œdème de la glotte. Dans quelques cas où l'abcès est très postérieur et profond, il faudra se résigner à ouvrir par le dehors et non par les voies naturelles.

L'adénoïdite suppurée ou péritionsillite rétronasale donnerait assez souvent naissance à un phlegmon latéral du cou ou à un abcès rétro-pharyngien. Les douleurs d'oreille seraient fort vives, le malaise général très considérable et le diagnostic se ferait exclusivement par l'examen du cavum.

L'abcès rétropharyngien, si bien étudié par les auteurs français de la moitié du xix^e siècle, évoluerait sous une forme idiopathique ou

sous une forme secondaire. L'auteur, pour faire comprendre sa pathogénie, rappelle la disposition des plans de la région et s'appuie sur les recherches de Most concernant les vaisseaux lymphatiques de la tête et du cou. A côté des inflammations aiguës des cavités voisines et des pyrexies infectieuses telles que la rougeole, on devrait incriminer assez souvent la tuberculose. Le mal ne se retrouverait pas chez l'adulte parce que les ganglions rétropharyngiens disparaissent en dehors de l'enfance (Hahnel et Strübing). Le mal peut tuer par septicémie, marasme, fusées médiastiniennes, ouverture dans les branches. A propos du diagnostic, Meyer rappelle que ces sortes d'abcès étant beaucoup plus fréquents qu'on ne le supposerait, il faut toujours explorer tout le pharynx quand un jeune sujet est pris de dysphagie.

La voie à suivre pour l'incision variera suivant le siège. En tout cas, on ne sectionnera pas trop largement tout d'abord pour éviter l'envahissement par le pus des voies respiratoires. Un paragraphe spécial est consacré aux abcès secondaires à une carie de la colonne cervicale.

III. — Les phlegmons du larynx sont, comme on le sait, soit des collections sous-muqueuses, soit des chondrites suppurées. Küttner a montré que le phlegmon diffus laryngé et l'érysipèle sont des affections identiques. Dans tous les cas, le mal est rarement primitif, c'est-à-dire le plus souvent secondaire. A côté des phénomènes généraux, toujours les mêmes dans n'importe quel abcès aigu, il y a des troubles locaux consistant surtout en symptômes d'asphyxie. L'examen au miroir montre une rougeur et un gonflement diffus; la lumière de l'organe peut être singulièrement réduite. Les lésions ne sont pas cantonnées, le mal ayant une tendance serpiginieuse manifeste.

Quand l'affection est due à la périchondrite, on peut avoir des variétés sus-glottiques et sous-glottiques actuellement bien connues. Ce seraient l'épiglotte, puis les aryténoïdes qui seraient le plus souvent atteints de périchondrite. Dans cette dernière, on a, dit S. Meyer, à noter une diminution notable de certains mouvements, notamment ceux d'abduction. Le pronostic resterait douteux à cause de la possibilité, dans les cas d'apparence bénigne, de poussées aiguës fort graves survenant subitement. L'écrivain est partisan des scarifications qui donneraient rarement lieu à des hémorragies importantes. S'il y a dyspnée intense, il faudra de bonne heure recourir à la trachéotomie inférieure.

Enfin, l'auteur termine par une intéressante étude de l'angine de Ludwig.

C. CHAUVEAU.

IV. — **La logique médicale, analyse critique de la médecine en tant que science**, par BIEGANSKI (Traduction allemande sur la 2^e édition polonaise de l'ouvrage, par FABIAN). Würtzbourg, chez Curt Kabitsch, 1909.

Ceux qui aiment à raisonner sur la valeur absolue de leurs connais-

sances et qui n'ont pas tout à fait oublié les notions philosophiques de l'enseignement universitaire parcoureront avec beaucoup d'intérêt l'ouvrage très important que Bieganski a écrit sur le sujet. Fabian vient d'en donner une très fidèle et très élégante traduction allemande, ce qui rendra l'œuvre plus accessible au grand public médical. Les tentatives de ce genre sont déjà bien anciennes puisque dans la collection hippocratique on trouve des livres consacrés à l'art médical, aux préceptes, à la vieille médecine. Puis humoristes, méthodistes, et surtout empiriques ont forcément abordé l'étude des bases mêmes sur lesquelles repose la médecine, son degré d'exactitude, la méthode qui lui convient, etc. Plus tard les scholastiques du moyen âge assignent à la médecine les mêmes lois que celles qui président à l'acquisition de n'importe quelle connaissance et qu'avaient révélé à tout jamais le génie d'Aristote. Au XVIII^e siècle le médecin suisse Jean-Georges Zimmermann, élève de Haller, écrit un traité très renommé de son temps sur « l'expérience en médecine » qui fut traduit en français et en italien. L'auteur est un partisan déclaré de l'observation clinique approfondie, mais à cela se borne l'originalité de son œuvre. Un peu plus tard Cabanis composait son célèbre traité sur le degré de certitude en médecine où il distingue la connaissance absolue de la connaissance pratique (empirique). La médecine reposerait sur cette dernière comme l'agronomie ; pas plus que son prédécesseur, il n'a abordé le côté philosophique de la question, ou les problèmes fondamentaux que soulève celle-ci. Cependant à ce point de vue Wichmann dans son ouvrage sur le diagnostic en a abordé quelques-uns, mais il faut attendre l'année 1850 pour voir apparaître un traité s'occupant vraiment des principes fondamentaux de la médecine, c'est la *logique en médecine* de François Oesterlen écrit sous l'influence de la logique du philosophe anglais Stuart-Mill. L'écrivain, admirateur passionné de Bacon, rejette toute conception *a priori* et n'admet que ce qui est démontré par l'expérimentation. On lui a reproché avec raison son manque d'ordre, son style lourd, son bavardage, fréquemment ses courtes vues où trop souvent il ne fait qu'effleurer son sujet ; aussi malgré des qualités évidentes, cet ouvrage ne fit pas grande impression et ne suscita pas d'émules. Tout autre fut la portée de l'introduction de Claude Bernard à l'étude de la médecine expérimentale, parue à Paris en 1865. On peut, cependant, se demander en le parcourant, si l'auteur n'a pas prêté une confiance exagérée à l'expérimentation, mais on ne peut nier l'influence très heureuse que cette œuvre a eue sur le développement de la médecine. Chose surprenante le grand physiologiste français n'a eu au point de vue qui nous occupe de successeurs ni en France, ni en Allemagne, ni en Italie. C'est dans les pays slaves, en Pologne, qu'il a eu, en ces derniers temps, des imitateurs. Chlubinski dans sa *Méthode de recherches des indications en médecine*, composée après qu'il eut pris sa retraite de professeur à l'école supérieure des sciences de Varsovie, s'est surtout préoccupé d'écrire une logique thérapeutique. Vers la même époque. Kramsztyk, élève de Chlubinski, faisait

paraître à partir de 1882, dans la *Gazeta Lekarska*, une série d'articles sur la méthodologie en médecine, sur la médecine clinique, sur le fanatisme expérimental, sur la valeur des statistiques, sur la façon d'éviter les erreurs en médecine, etc. Ces feuilletons ont été réunis en volume sous le titre d'*Esquisses médicales* (Varsovie, 1899). Il a même publié un journal intitulé : *La critique médicale* et dédié aux travaux à paraître sur la vraie méthode en médecine. La première édition de l'ouvrage de Bieginski parut en 1894. Il comprenait les grandes divisions suivantes : 1° Classification et définition ; 2° Méthode diagnostique ; 3° Méthode expérimentale ; 4° Hypothèse et théorie ; 5° Méthode statistique ; 6° Méthode pour trouver les indications médicales ; 7° Méthode déductive en médecine. L'auteur fit paraître peu après des recherches sur la limite des sciences médicales, sur les principes fondamentaux en médecine, sur le concept maladie.

L'écrivain n'a pas eu de peine à montrer de quelle utilité était pour le médecin de réfléchir sur les principes fondamentaux de son art, de méditer sur ses méthodes, ses limites, son degré de précision, d'avoir en un mot des idées générales d'autant plus nécessaires que la médecine tend de plus en plus à se fragmenter en une multitude de spécialités. Il a montré la différence qui existe entre le diagnostic usuel tel qu'on le pose et la connaissance complète de la maladie. Il a insisté sur l'importance des facteurs psychologiques quand on est au lit du malade. En Russie, parut en 1899, un ouvrage de Léonie de Bogolepoff sur la méthode médicale en général qui comprend les chapitres suivants : principes rationnels de la connaissance, observation, classification, diagnostic, déduction, induction, expérimentation, analyse étiologique, hypothèse et théorie. Cette œuvre qui est manifestement inspirée par le livre de Bieginski, très souvent cité, contient des parties intéressantes. En Allemagne les esprits semblent s'être enfin éveillés sur l'importance du sujet et Magnus en 1904 a écrit un traité philosophique comprenant les chapitres suivants : critique de la connaissance en médecine, sources de la connaissance avant Hippocrate, du temps hippocratique, du temps de Galien, des Arabes, du moyen âge, au moment de la Renaissance, à l'époque de Morgagni, depuis Morgagni jusqu'à Virchow, de Virchow à nos jours. Comme on le voit, ce livre a un caractère nettement historique. Dans la logique de Wundt un paragraphe spécial assez étendu concerne la logique biologique dans le sens le plus étendu du mot puisqu'on s'y occupe du concept de la maladie.

Dans la deuxième édition de son ouvrage sur la logique en médecine¹ Bieganski a comblé les lacunes qu'on pouvait signaler dans

1. Voir comme complément de cet ouvrage : la brochure de Klebs sur les transformations des doctrines médicales au cours de ces 13 dernières années, Leipzig, 1878. Helmholtz. La réflexion en médecine, 1878. Hueter, Le médecin en face de la Science, 1878 ; Wernich, La médecine actuelle ; sa place dans les sciences et sa logique, 1881 ; Marchand, Le changement des

sa première rédaction. Il a composé sur la question un traité à la fois très complet, très original, et parfois très profond qui éclaire d'un jour déjà suffisant maints problèmes très ardu. On y trouve abordés les sujets suivants : la médecine et la science médicale, l'observation, les anamnétiques, le concept de la maladie, la classification des différents types morbides, le diagnostic de la maladie, l'otologie, la finalité en médecine, l'expérimentation en médecine ou, sur les animaux ou au lit du malade, la construction logique en médecine, c'est-à-dire généralisations et hypothèses, les statistiques en médecine, l'art de trouver les indications en médecine, la thérapeutique.

C. CHAUVEAU.

V. — **Contribution à l'étude des néoplasmes polypeux du larynx**, par le prof. BILANCIONI, assistant du prof. Ferreri à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome. Rome, Imprimerie du Sénat, 1912.

Les polypes du larynx sont, comme on le sait, de connaissance récente. En effet, ce n'est qu'au commencement du XVIII^e siècle qu'on s'est mis, sous l'influence de Valsalva et de Morgagni, à ouvrir systématiquement le larynx au cours des autopsies. Le premier exemple de polype laryngé semble avoir été publié en 1750 par le chirurgien belge Koderick, puis vinrent le cas de Lieutaud (1767), de Desault, de Petit, de Blecard, de Trousseau, de Regnoli, de Ryland. En 1856, Ehrmann, de Strasbourg, faisait paraître sur le sujet une monographie importante où il recueillit les 30 cas qui existaient à ce moment dans la littérature médicale. On y trouve mentionnés les travaux de Rokitanski, de Green, de Middeldorp. Ces deux derniers avaient pu diagnostiquer l'affection du vivant des malades et avaient tenté l'extirpation avec des succès divers. A tous ces faits cliniques se joignirent bientôt celui de Barker (1859), de Maisonneuve (1856), de Ratt (1859). La vulgarisation du miroir dans la pratique laryngologique fit faire à la question un bond prodigieux. Les cas de polypes laryngés semblèrent se multiplier. Citons celui de Czermack (*Wiener med. Woch.*, 1859), celui de Bruns de Tubingue (1862). L'emploi de la cocaïne a permis de lever les dernières difficultés du diagnostic et du traitement opératoire. Les recherches de Virchow, de Klebs, de Ziemssen, d'Eppinger, Schwartz, Størk, Gerhardt, etc., permirent de préciser la nature véritable de ces sortes de néoplasmes. Seul le microscope, comme l'a dit Massei, le distingué professeur de l'Université de Naples, permet d'être fixé sur la gravité de ces tumeurs. Son emploi est donc ici indispensable.

L'auteur a pu étudier à ce point de vue 15 polypes laryngés qui étaient presque tous des *fibromyxomes*. Aussitôt enlevés, ils furent

idées en pathologie, 1882. Leyden, La réflexion en médecine, 1903. Clifford-Kingdon, Le but et les moyens en science, 1877. Citons encore La philosophie de la médecine d'Auber dans la Bibliothèque de philosophie contemporaine, ouvrage de vulgarisation.

durcis dans l'alcool, inclus dans la paraffine, colorés à l'hématoxyline-éosine ou au procédé de Weigert (par exemple pour déceler les fibres élastiques) ou au Giesen (pour mettre en relief les tissus connectifs).

Après avoir donné un bref résumé de ces 13 cas, Bilancioni insiste sur les particularités qui leur sont communes. Ainsi que cela arrive d'ordinaire, ce furent des tumeurs assez petites, de la grosseur d'un grain de millet à celui d'une lentille ou d'un pois, rarement sessiles, mais à pédicule assez court, jouissant d'une certaine mobilité pendant les mouvements respiratoires; parfois elles étaient comme aspirées pendant l'inspiration entre les lèvres de la glotte. Dans un cas, le néoplasme bilobé avait son premier renflement au-dessus et son second renflement au-dessous des bandes ventriculaires. Leur forme fut généralement arrondie et ovoïde; parfois elle se montrait irrégulière quand la masse était lobulée. L'écrivain n'a pas eu l'occasion de rencontrer la variété de polype dite kystique (Krishaber). La consistance fut variable, mais le plus souvent molle. La teinte était rougeâtre, l'aspect humide, translucide. Leur base d'implantation se trouvait en général près de la glotte et la plupart pouvaient passer pour infraglottiques. On ne les rencontra qu'en avant; la situation en arrière est du reste si rare, relativement, qu'elle doit, dit Boswall, provoquer des doutes sur la nature du néoplasme. A ce propos, Bilancioni cite l'opinion de Ferreri, Citelli, Martuscelli et Rossi.

Comme facteurs étiologiques, on ne releva que le traumatisme et les irritations chroniques. Martuscelli et Rossi pensent que le passage de l'air est un stimulant physique favorisant la production des polypes.

Tous les polypes examinés par l'auteur étaient revêtus de l'épithélium pavimenteux des cordes vocales. Dans aucun cas l'épithélium faisait défaut par place. Les strates des cellules épithéliales étaient par contre variables comme nombre; parfois il n'y avait que deux couches d'éléments épithéliaux cubiques. Dans un cas, il existait une lacune bulleuse d'une certaine ampleur, semblant indiquer une certaine désintégration simple de l'épithélium (Schroetter). Dans tous les autres cas, l'épithélium était absolument sain. Les leucocytes migrants et les figures de karyokinèse se montraient d'une façon tout à fait exceptionnelle parmi les couches épithéliales. En somme, la masse morbide semblait uniquement constituée par une hypertrophie du chorion de la muqueuse, dont il ne gardait pas du reste l'aspect typique. On y retrouvait pourtant des traces du feutrage dense de tissu connectif, caractéristique de la structure des cordes vocales. Engénéral, l'aspect anatomique de ces polypes laryngés semble faire songer à une hypertrophie myxomateuse, comme l'a fait remarquer Bourgeois en 1906. Ici les fibres connectives grâciles étaient en effet plongées dans une substance intercellulaire très abondante. Parfois ces fibres étaient anastomosées de façon à constituer un réseau extrêmement fin. Les cellules peu abondantes avaient une disposition rameuse manifeste. Parfois les éléments con-

nectifs semblaient même masquées tout à fait, et les cellules se montraient éparées çà et là sous forme de petits îlots. Les réactifs permirent de déceler l'existence de fibres élastiques. Les vaisseaux sanguins, toujours présents, offraient souvent une abondance remarquable et une grosseur énorme de façon à rappeler l'angiome. Les lymphatiques devaient très probablement exister aussi, étant donnée l'imbibition œdémateuse du tissu. Les travaux de Klebs, Eppinger, ont d'ailleurs fait reconnaître dans les polypes laryngés la présence d'un système canaliculaire appartenant très vraisemblablement au système de ces vaisseaux blancs. Les leucocytes migrants se montrèrent toujours très rares. Néanmoins l'écrivain pense que ces polypes des cordes vocales sont bien dus à une inflammation chronique jouant le rôle d'un irritant local, mais il n'y aurait pas trace dans le néoplasme d'un véritable processus phlegmasique. Seules l'hypertrophie et la dégénérescence ont pu être décelées. L'altération dégénérative était ici tantôt hyaline, tantôt et plus rarement amyloïde; il y avait çà et là en outre des hémorragies et des pigmentations interstitielles de même nature. Le processus dégénératif s'accusait en somme toujours nettement, comme le démontrait le réactif de Giesen. Cette dégénérescence hyaline, sur laquelle l'écrivain insiste longuement, sembla dans quelques cas débiter autour des vaisseaux capillaires. Ceux-ci, quand ils étaient très abondants, justifiaient l'idée d'un fibromyxome télangiectasique (Eppinger, de Rossi, Ferreri) plutôt que d'un angiome (Fauvel, Elsberg, etc.). D'ailleurs, entre le fibromyxome, le fibromyxome télangiectasique et l'angiome il existerait de nombreux degrés intermédiaires, de telle sorte qu'il paraît indispensable d'englober toutes ces variétés histologiques dans un type unique. Les polypes kystiques seraient pareillement apparentés au fibromyxome. Chiari a attribué, comme on le sait, le kyste à une dilatation des vaisseaux lymphatiques. Quelle est la fréquence de ces différentes variétés histologiques? Massei a soutenu que les fibromes se rencontraient le plus souvent. Brindel croit au contraire que ce sont les myxomes purs, angiofibromateux ou simplement fibromateux. Fauvel a trouvé très peu de fibromes vrais et beaucoup de myxomes (ses polypes muqueux). Les papillomes, bien qu'apparentés aux fibromes, s'en distinguent à beaucoup de points de vue. Sont-ils plus fréquents que ces derniers? C'est l'opinion de Hartmann, c'est aussi celle de Krishaber qui les croit quatre fois plus nombreux que le fibrome. L'école de Rome croit au contraire que les fibromes sont beaucoup plus souvent rencontrés que l'affirment les précédents auteurs (voir les statistiques de la clinique de Ferreri). Massei, sur 500 néoplasmes laryngés, a vu 183 papillomes et 156 fibromes. Castex, sur 37 cas de néoplasmes laryngés observés par lui, a constaté l'existence de 14 fibromes, de 3 fibromyxomes et de 2 papillomes seulement. En tout cas, ces petites tumeurs conjonctivales de l'organe phonateur seraient bien nettement de nature bénigne.

C. CHAUVEAU.

VI. — **Les maladies des oreilles pendant l'enfance**, par le Prof. ALEXANDER, de Vienne. Leipzig, chez Vogel, 1912 (*suite*).

Maladies du tympan. — Les traumatismes peuvent déterminer des plaies superficielles ou pénétrantes du tympan (corps étrangers, opérations, bougies passées par la trompe et venant léser la membrane, ou tiges, cure-oreilles agissant non plus de dedans en dehors, mais en sens inverse). Les éraillures n'ont pas d'importance (à moins qu'elles soient infectées) et les déchirures en ont beaucoup. Elles peuvent être dues, comme on le sait, à un mécanisme direct ou indirect, ceux-ci déterminés par un brusque changement de tension de l'air du conduit (soufflet, plongeon dans l'eau, détonation d'armes à feu).

Souvent la rupture est préparée par une altération morbide de la membrane. Dans ce cas, la déchirure peut ne déterminer aucune réaction symptomatique et la diminution de l'audition existant déjà, un peu de surdité de ce côté n'éveillerait pas l'attention. Mais le plus souvent, il y a douleur pongitive, bourdonnement, parfois maux de tête, vertige, nausées, un peu de surdité subite. L'auteur décrit fort bien l'aspect otoscopique en pareille circonstance; il indique soigneusement la technique de recherche (le Valsalva, le Politzer, l'examen de l'acuité auditive, etc.). Alexander conseille dans les cas non compliqués de boucher simplement le conduit avec un tampon aseptique et de s'abstenir de toute autre intervention thérapeutique, car la plaie ne tarde pas à se cicatriser et le plus souvent, il est impossible plus tard de reconnaître le siège où elle existait. Souvent même, quand le tympan était atrophique, la cicatrice est moins atrophiée que le reste de la membrane (Poltzer). Mais s'il y avait otite moyenne, l'évolution est moins favorable, la phlegmasie de la caisse s'en trouve aggravée et il y a souvent des synéchies consécutives; parfois même, dans les cas de ruptures étroites, il y a nécrose d'un des lambeaux, mais la guérison ne tarde pas à se produire après son élimination. La guérison dépend de la grosseur de la déchirure; elle se produit en moyenne en 4 ou 6 semaines. Au point de vue assurance, cette rupture du tympan doit être considérée comme un traumatisme léger.

La *myringite aiguë* est fréquente, dit Alexander, chez les enfants. Assez souvent, elle serait primitive et due au refroidissement, mais d'habitude, elle viendrait compliquer une otite moyenne. Parfois, elle serait due à un traumatisme (infecté primitivement ou secondairement). Les douleurs qu'elle provoque seraient légères; l'acuité auditive ne semblerait que peu abaissée. Il y a une forte hyperémie visible à l'otoscope, et un peu de gonflement avec ou sans vésicules; celles-ci sont disséminées çà et là. Elles ont le volume d'un grain de mil à une lentille. Elles sont plates, transparentes, claires ou rougeâtres (quand elles renferment du sang), parfois blanchâtres et opaques (quand elles contiennent du pus). Le peu d'intensité des douleurs et des troubles fonctionnels différencie la myringite isolée de l'otite moyenne. En général, le pronostic serait favorable et le mal disparaîtrait au bout de peu de jours; il n'en est pas ainsi, bien entendu, si la

myringite ne tarde pas à se compliquer d'otite moyenne. Dans ces cas, l'acuité auditive baisse beaucoup et des douleurs assez vives apparaissent avec mal de tête, obnubilation du cerveau, etc. Le traitement serait le même que dans l'otite moyenne séreuse.

L'auteur dit quelques mots sur la myringite subaiguë et sur la myringite chronique, qu'on voit souvent, dit-il, succéder à la forme aiguë quand les enfants sont des adénoïdiens ou quand il y a obstruction nasale pour une autre cause. Les douleurs légères de la phlegmasie aiguë disparaissent, mais le tympan demeure infecté et il y a diminution de l'acuité auditive. Les membranes tympaniques grisâtres mates rétractées chez le premier âge devraient faire soupçonner la présence de végétations. L'adénotomie fait, quand elle est exécutée à temps, tout rentrer dans l'ordre. Quand au contraire il y a des poussées successives de myringite entées sur un état chronique, il finit par survenir de l'otite moyenne. La myringite chronique ulcéreuse serait rare. La perte de substances entourées d'un halo purulent serait centrale ou périphérique. Elle viendrait compliquer l'otite moyenne ou apparaîtrait isolément chez des sujets anémiques ou chez des tuberculeux. Souvent l'évolution serait défavorable, l'otite suppurée venant bientôt compliquer cette variété de myringite. On cautériserait à l'acide chromique, ou au perchlorure de fer les surfaces ulcérées et on s'occuperait aussi de remonter l'état général.

II. *Catarrhe de la caisse.* — Comme son maître Politzer, Alexander accorde un chapitre spécial à cette variété de l'otite moyenne. Il la caractérise anatomiquement par la présence dans la caisse d'un liquide séreux dans les cas aigus, séro-muqueux dans les cas chroniques. On trouverait dans le liquide des leucocytes mononucléés, des cellules épithéliales dégénérées et des bactéries en voie de désintégration. Ce liquide, du reste, manquerait souvent dans les cas chroniques et, en somme, il serait de peu d'importance. Quand il est très abondant on dit qu'il s'agit d'une otite exsudative (Poltitzer). Dans une énorme proportion de cas le catarrhe de la caisse viendrait compliquer les végétations; mais l'influence du refroidissement serait également incontestable. D'ailleurs, toute phlegmasie aiguë du nez et du cavum quelles que soient ses causes peut retentir sur la caisse. Toute obstruction des trompes s'accompagnerait aussi, tôt ou tard, de catarrhe de la cavité tympanique. Parfois, mais rarement, le mal succéderait à une myringite traumatique ou spontanée. Enfin, on a vu le catarrhe perpétuer en quelque sorte une otite moyenne suppurée en régression. Alexander note en terminant les cas de cette affection qui succèdent à une opération sur le nez ou sur le cavum.

Le catarrhe aigu non exsudatif se verrait au début des maladies infectieuses intéressant les voies aériennes supérieures avec une grande fréquence chez l'enfant. Très souvent aussi, il viendrait chez eux compliquer le coryza aigu. La symptomatologie serait effacée et il suffirait que les lésions nasales disparaissent pour que le catarrhe non exsudatif de la caisse guérisse sans aucun traitement spécial.

Le catarrhe aigu exsudatif succède à un catarrhe de même nature

des voies aériennes supérieures déterminé par le refroidissement. Le phénomène capital est ici la diminution brusque de l'acuité auditive; parfois il survient des bourdonnements. L'exsudat jaunâtre donne au tympan une teinte de même nature (Politzer) et le tympan est souvent onctueux. S'il y a encore de l'air dans la caisse on a le phénomène de la ligne de niveau (Politzer) plus ou moins accusé et étendu suivant les cas. Le tympan humide est plus miroitant que d'habitude, le marteau est indiqué par une ligne étroite. Les épreuves auditives indiquent un obstacle au niveau de l'appareil de transmission. La plus petite partie de l'exsudat est fournie par la muqueuse, la plus grande partie est constituée par du sérum sorti des vaisseaux. L'évolution dépend de celle de l'occlusion tubaire dans *l'exsudation dite passive* de la caisse. Le diagnostic ne présenterait aucune difficulté. Comme traitement, on fera garder la chambre; on recourra au Politzer dès que l'état des voies aériennes le permettra. Parfois il faudra recourir à la paracentèse du tympan si l'exsudat ne veut pas disparaître, ce qui est rare.

Le *catarrhe de la trompe* isolé serait rare. L'otoscope montre dans ces cas une rétraction notable du tympan et de la membrane flaccide qui, parfois, est perforée. Cette rétraction est bien mise en lumière par le spéculum de Siegle. La trompe paraît normale ou bien son orifice pharyngien est un peu tuméfié. L'acuité auditive est notablement abaissée. L'épreuve de Politzer avec le diapason est négative. Le pronostic dépend de l'affection des voies aériennes supérieures qui l'a déterminé (végétations, déviation du septum, rhinite aiguë, tumeur bénigne ou cancer). Quand la cause est incurable, on peut améliorer la caisse momentanément avec le masseur de Delstanche. Le mal se complique bientôt d'exsudat et par la surdité qu'il entraîne rend l'écolier peut apte à poursuivre ses études.

Le *catarrhe chronique de la caisse non exsudatif* dépendrait chez l'enfant d'une affection chronique du nez, principalement des végétations adénoïdes. Il survient, par suite de l'obstruction des trompes, un exsudat passif, des foyers d'atrophie plus ou moins généralisés, une rétraction accentuée du tympan. Le mal s'exacerbe de temps à autre par le froid, les rhumes, les infections aiguës et à la longue, il peut se produire ce qu'on a appelé le catarrhe adhésif. Pour faire disparaître cette affection, il faut guérir le nez et rétablir la perméabilité de la trompe.

Le *catarrhe chronique de la caisse exsudatif* succède à une poussée aiguë ou s'installe sournoisement à la suite d'une affection nasale, le tympan est rétracté, atrophié, obscurci. On a les phénomènes classiques d'un exsudat de la caisse à l'otoscopé. Le diagnostic est facile. On videra l'exsudat par la paracentèse et on laissera le liquide s'écouler lentement pour n'avoir pas de réaction irritative du côté de la caisse, puis 3 fois par semaine, on aérera cette cavité par le Politzer.

Le *catarrhe chronique adhésif* peut succéder au catarrhe aigu ou succède à l'otite moyenne purulente. Il s'agit ici de processus ultimes, où l'inflammation aboutit à des processus néoformatifs et adhésifs

sous forme de brides cicatricielles. Le tympan s'épaissit en même temps et la lumière de la trompe tend à s'oblitérer (Urbantschitsch), les fenêtres labyrinthiques s'encombrent de produits plastiques fibreux. La cavité de la caisse peut être notablement réduite (Politzer). Le diagnostic se fait par l'inspection à l'otoscope et par l'emploi du spéculum de Siegle, par l'exploration de la trompe, par les résultats donnés par la douche d'air. L'auteur fait remarquer que plus le processus est ancien, plus il faut craindre le catarrhe adhésif chez les enfants. Les épreuves auditives montrent qu'il existe un obstacle au niveau de l'appareil de transmission. Ce qu'il faut surtout redouter ici c'est que la sclérose ne gagne le labyrinthe; sitôt que les épreuves montrent qu'il est intéressé, le pronostic devient absolument défavorable. Beaucoup de cas peuvent être améliorés, d'autres apparaissent incurables. Ce qu'il faut ici tenter de suite c'est la guérison du nez, puis on recourra au Politzer ou au cathétérisme, aux injections d'éther acétique, d'huile térébenthine et de menthol (Politzer), d'éther camphré (Urbantschitsch), de vapeurs ammoniacales avec l'appareil de Gomperz; les injections médicamenteuses ramolliraient les brides cicatricielles et favoriseraient leur résorption. On placera le patient sur le dos pour les exécuter et on commencera par des doses faibles qu'on augmentera progressivement. L'auteur recommande à ce point de vue le bicarbonate de soude, la pilocarpine, l'oléate de zinc, qui serait assez efficace et enfin l'adrénaline. On rétablira la perméabilité de la trompe et on recourra au massage du tympan qui serait un excellent adjuvant thérapeutique; on choisira le masseur de Delstanche.

L'otite moyenne simple aiguë (otite séreuse) est caractérisée par un sérum fibrineux plus ou moins mélangé à du sang. C'est une phlegmasie microbienne, mais dont les germes pathogènes ont moins de virulence que dans l'otite moyenne aiguë suppurée. On y trouve des staphylocoques très fréquents, des streptocoques, le microbe de l'influenza de Pfeiffer le plus souvent en voie de dégénérescence. Fréquemment, ces microbes ne peuvent donner aucune culture en milieu nutritif. Des traumatismes, des vapeurs irritantes peuvent produire aussi cette otite, ou bien elle se produit après une douche nasale. Dans d'autres cas, elle succède à des poussées successives de catarrhe tenant à la présence de végétations adénoïdes. Ici les douleurs, tout en étant plus atténuées que dans l'otite aiguë purulente, sont brusques et assez violentes, mais elles disparaissent assez vite. Quand elles persistent et qu'elles amènent une insomnie persistante il faut craindre au contraire la production du pus. La diminution de l'acuité auditive ne dépasse pas un degré moyen. L'otoscope montre des états variables suivant les cas: tantôt le tympan est épaissi, rougeâtre comme de la chair, opaque, tantôt il est un peu tuméfié encore transparent, mat, avec injection des vaisseaux radiaires. Si l'on peut incriminer l'influenza ou la fièvre typhoïde il y a fréquemment production de vésicules noirâtres. Les épreuves auditives montrent qu'il y a un obstacle dans l'appareil de transmission. Le mal dure habituellement 8 à 10 jours, après diminution de la surdité, des douleurs,

de la céphalagie, teinte plus pâle du tympan, etc. Il y a *restitutio ad integrum* ou au contraire état subinflammatoire du tympan avec incrustation calcaire, processus néoformatif de la caisse, etc.

Le diagnostic avec la myringite aiguë est facile, mais la différenciation avec l'otite moyenne aiguë purulente serait plus malaisée. Il ne s'agit, en effet, que d'un degré plus ou moins accentué des symptômes, ceux-ci demeurant à peu près les mêmes. Il y a aussi la courbe de la température très accentuée quand il y a du pus, mais on peut rester longtemps dans l'indécision, même quand on est un spécialiste exercé. Cela arrive surtout chez les très jeunes sujets. La longue persistance de la fièvre serait chez les nourrissons le meilleur critérium.

Comme traitement, on désinfectera le conduit avec de l'eau phéniquée, ou bien on mettra dans ce même conduit un pansement à l'acétate d'alumine, qui, quand il est chaud, agirait très favorablement. Dans d'autres cas, on se trouverait mieux des applications froides. On prescrira à l'intérieur l'aspirine, l'hydropyrine, l'acétopyrine, le pyramidon, mais on s'abstiendra le plus possible des opiacés. Si l'exsudat ne paraît pas devoir se résorber spontanément, on recourra à la paracentèse pratiquée avec toute l'asepsie nécessaire. Il ne faudra pas la différer trop longtemps. (A suivre.) C. CHAUVEAU.

VII. — L'index ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique (recueil mensuel publié par J. BECK avec la collaboration de O. ROTT et Hugo POPPER. Chez Winternitz, Chicago, 1911).

Cet excellent recueil rendra des services signalés à tous les chercheurs à une époque où l'on est débordé littéralement par le nombre sans cesse croissant des publications médicales. Il est rédigé avec une conscience et une perfection qui font le plus grand honneur à Beck et à ses distingués collaborateurs. La partie consacrée à notre spécialité est répartie dans les divisions suivantes : Cavum, septum, cornets, sinus, relations des maladies des sinus avec l'œil, complications intra-crâniennes des maladies du nez, nez et maladies générales, oropharynx, amygdales, langage articulé, larynx, trachée, œsophage, corps étrangers, pavillon et conduit, trompe et caisse, cholestéatomes, mastoïde, complications intra-crâniennes des affections auriculaires, otosclérose, labyrinthe, os temporal et crâne, anatomie, physiologie et exploration physique de l'oreille, diagnostic de l'état auriculaire, surdi-mutité, varia. De petits paragraphes sont consacrés à l'histoire, à la casuistique, aux instruments, à la bactériologie, etc. Les auteurs se proposent de publier en outre le sommaire des séances des principales sociétés d'oto-rhino-laryngologie. Comme le domaine de la spécialité va sans cesse grandissant et que ses limites ne peuvent être fixées pour une foule de motifs, les éditeurs ont créé une rubrique spéciale concernant le nez proprement dit, les lèvres et les joues, la bouche, la langue, les glandes salivaires, les os maxillaires, les ganglions lymphatiques du cou, le corps thyroïde, le thymus et même les nerfs de la tête et du cou. Ils citent enfin les principaux ouvrages parus sur l'oto-rhino-laryngologie. C. CHAUVEAU.

IV. — REVUE DES THÈSES

I. — La tuberculose du larynx avec étude particulière de son traitement chirurgical, par Nils ARNOLDSON (Thèse de privat-doцент, Stockholm, 1912, 241 pages).

L'auteur qui, pendant de longues années, a étudié les conditions de la tuberculose du larynx s'est imposé pour tâche particulière d'étudier les effets des interventions chirurgicales endolaryngées et surtout de l'excision. Ce travail s'appuie sur 600 cas de tuberculose laryngée dont 450 furent traités par interventions endolaryngées.

Après une courte introduction l'auteur donne dans le chapitre I^{er} un coup d'œil historique sur la pathogénie et l'étiologie et il discute en particulier la question du mode d'infection; se basant sur la littérature et surtout sur les recherches expérimentales récentes il arrive à conclure que l'infection est probablement sputogène (produite par les crachats).

Le chapitre II fournit aussi un coup d'œil historique sur le traitement. L'auteur est assez sceptique vis-à-vis des diverses méthodes médicamenteuses et en plusieurs endroits il porte un jugement défavorable à cette forme de traitement. Pour lui le traitement endolaryngé chirurgical est la méthode la plus rationnelle et la plus éprouvée de toutes; en outre, il fait ressortir la grande importance d'un traitement général persévérant fait suivant les principes modernes.

Le chapitre III renferme un choix des cas de l'auteur, à savoir 63 cas; de tout le paragraphe consacré aux cas il découle qu'en choisissant ses cas l'auteur a exercé une judicieuse et méritoire critique, car il évite de tirer des conclusions des cas douteux. Dans presque tous les cas où l'excision fut faite le diagnostic fut confirmé par l'examen histologique; les autres ne sont traités qu'avec réserves au point de vue du diagnostic clinique. L'auteur est aussi très prudent dans ses données au sujet du résultat du traitement; le résultat est toujours indiqué comme « guéri en apparence », car l'auteur comprenant bien la tendance qu'ont les processus tuberculeux à demeurer longtemps latents ne considère que l'examen histologique comme seul probant pour fournir une réponse à la question : « guéri ou non guéri ? »

Le chap. IV renferme des remarques cliniques et différentielles au point de vue du diagnostic. Il mentionne par exemple ici les diverses formes de tuberculose et les diverses façons dont elle peut évoluer; il cite aussi la tendance pas trop rare à la guérison spontanée qui joue un grand rôle quand il s'agit de juger de façon nette la valeur des diverses méthodes de traitement. Il s'occupe aussi du diagnostic différentiel par rapport avec le cancer et la syphilis. Enfin, il mentionne les symptômes principaux de la tuberculose du larynx en faisant ressortir en particulier la disproportion qui existe souvent entre l'intensité des symptômes et les constatations objec-

tives ainsi que la grande importance qu'il y a à faire la laryngoscopie dans tous les cas de tuberculose pulmonaire.

Dans le chap. V (opérations endolaryngées) l'auteur discute l'effet des diverses interventions ainsi que les indications à leur emploi. Comme on l'a déjà dit, l'auteur vise surtout dans ses cas exclusivement ou presque la méthode d'excision; mais elle donne des résultats très différents suivant le siège de la maladie. Tandis que par ex. dans les infiltrations de la région interaryténoïdienne, on obtient presque toujours des récidives incessantes, les infiltrations des bandes ventriculaires donnent de meilleurs résultats et celles de la partie libre de l'épiglotte sont des cas idéaux pour l'excision radicale. Ce qui cependant intéresse davantage l'auteur c'est l'excision des infiltrations des cordes. Ici il a obtenu une série de bons résultats et il montre que la crainte qu'on avait autrefois de provoquer de graves troubles fonctionnels par ces opérations est absolument injustifiée.

C'est un des principaux mérites de l'auteur d'avoir traité à fond cette question spéciale et d'avoir ainsi montré ce qu'on peut obtenir par une excision partielle ou totale des cordes et combien minime est le trouble fonctionnel ainsi produit.

Dans le chap. VI il donne un coup d'œil sur les résultats des opérations extralaryngées dans la tuberculose du larynx; il est assez réservé à leur égard.

Le chap. VII renferme des observations anatomo-pathologiques sur les cas de l'auteur.

Enfin le chap. VIII contient des mesures utiles pour le traitement des tuberculeux du larynx. Parmi ce que l'auteur réclame comme devant faire partie de toute installation moderne, c'est le traitement (et l'examen) compétent du larynx dans les divers sanatoria. L'auteur voudrait voir dans les grandes villes des établissements centraux recevant tous les cas de tuberculose du larynx d'un district déterminé. Dans un établissement de ce genre, le traitement général serait fait par un physiologue et le traitement local par un laryngologiste.

Cet ouvrage renferme un catalogue bibliographique soigneusement fait et comprenant 527 rubriques; en outre sur trois planches on trouve environ 20 figures fort bien faites de préparations histologiques.

Ce travail est très approfondi et surtout on doit louer la critique judicieuse qui a présidé à l'élaboration de la question. L'auteur est non seulement le critique des publications des autres auteurs, mais il l'est aussi de lui-même; on remarque à travers tout l'ouvrage avec quel soin il évite de poser des affirmations pour lesquelles il n'aurait aucune base suffisante. Bien qu'il soit un peu « unilatéral », c'est-à-dire qu'il s'occupe un peu trop de la méthode d'excision, l'ouvrage a l'avantage de jeter une lumière vive sur ce procédé. Et comme tant de statistiques médicales nous induisent en erreur, Arnoldson a renoncé à faire des calculs statistiques avec ses cas;

mais cela rend très difficile l'étude de ses résultats d'autant plus que ceux qu'il relate ne forment qu'une minime partie de la totalité de ses observations. Ainsi on n'apprend rien ou presque rien sur ses 38 amputations de l'épiglotte, chiffre pourtant si considérable qu'il aurait été digne cependant qu'on lui consacrat un tableau statistique montrant les résultats. JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

II. — Anatomie topographique et chirurgie du thymus, par Eugène OLIVIER (Thèse de Paris, 1911 ; G. Steinheil, éditeur, Paris).

Ce travail comprend deux parties tout à fait distinctes :

Une première partie, purement anatomique, dans laquelle l'auteur a consigné le résultat de ses recherches personnelles touchant la topographie du thymus.

Une deuxième partie, chirurgicale, dans laquelle après avoir décrit la technique opératoire de la thymectomie il a essayé, en restant toujours sur le terrain clinique, c'est-à-dire en s'appuyant sur ce qu'il a vu, sur 12 cas qui ont été soumis à son étude, et sur 27 autres observations avec thymectomies publiées à ce jour (août 1911), de dégager un certain nombre de types cliniques que tout chirurgien peut être amené à rencontrer chaque jour. Pour chaque type clinique, il a discuté l'utilité même de la thymectomie, sa valeur dans la forme considérée, les résultats fonctionnels immédiats et éloignés qu'elle y a donnés. Il a regardé ceux-ci avec franchise, sans aucun parti pris, persuadé qu'il est que c'était là le meilleur service qu'il puisse rendre à la cause de la thymectomie : *Primum non nocere*.

« Notre but, dit-il, en écrivant cette thèse, a été de rester toujours pratique et clinique. Si sa lecture permet à quelques chirurgiens de s'intéresser davantage dans l'avenir à la chirurgie du thymus et d'apporter de nouvelles et nombreuses observations, nous serons largement payés de nos efforts. »

Anatomie topographique du thymus. — L'auteur se défend de vouloir écrire une revue générale sur l'anatomie du thymus, il voudrait simplement utiliser les derniers travaux de Cruchet, Robinson, Rieffel et Le Mée, en les comparant aux résultats de ses recherches personnelles, pour tenter une mise au point de l'anatomie pratique et chirurgicale de la région thymique.

A son avis, pour se rendre un compte exact de la situation et de la forme du thymus, il est indispensable d'examiner les sujets le plus tôt possible après la mort, afin d'éviter la rétraction normale des tissus *post mortem* ; il estime que l'étude des vaisseaux du thymus ne se fait convenablement qu'avec des injections à la cire à cacheter parce que le thymus reçoit des artères extrêmement fines, notamment celles des ligaments thyro-thymiques dans lesquelles l'injection au suif ne passe jamais, malgré toutes les précautions que l'on peut prendre. Il est beaucoup plus simple d'injecter par la fémorale le sujet à la cire à cacheter en ayant soin d'attendre au moins 5 à 6 jours avant de commencer la dissection. Enfin, chez deux enfants

durcis au formol, il a pratiqué des coupes totales de la région cervicale et de la région thoracique qui lui ont donné de précieuses indications au point de vue topographique.

Olivier indique la situation et le poids du thymus : poids moyen, 4 grammes dans les premiers jours de la vie, avec des écarts de 2 à 7 grammes ; sa forme variable ; ses rapports dans la région cervicale ou thyroïdo-manubriale et dans la région thoracique ou médiastinale ; il décrit ensuite sa circulation artérielle et veineuse, ses nerfs, le nerf Cruchet issu du phrénique gauche par le lobe thymique gauche, seule branche nerveuse dont l'auteur ait pu vérifier l'existence par la dissection.

Conclusions anatomiques :

« Le thymus est un organe mi-cervical mi-thoracique. Sa portion cervicale, au point de vue anatomique, présente peu de rapports importants ; au contraire, sa portion thoracique est en rapport avec des organes extrêmement importants au point de vue vital, mais heureusement il n'offre ces rapports que par l'intermédiaire d'une capsule à laquelle il est lâchement uni et dont on peut facilement l'énucléer dès qu'on l'a incisé. »

La deuxième partie de ce travail a pour titre la *Chirurgie du thymus*. Celle-ci comprend un certain nombre d'interventions en dehors du *tubage avec un tube long* que l'auteur déconseille comme trop difficile chez les tout jeunes enfants et complètement inutile dans certaines formes d'hypertrophie du thymus, telle que la forme intermittente. Les interventions sanglantes sont les seules à retenir. Olivier donne une rapide idée d'ensemble des derniers et multiples travaux parus dans ces dernières années sur les *interventions sanglantes chez les animaux*.

Les résultats sont très contradictoires. Avec la thymectomie partielle on obtient toujours de bons résultats, mais avec la thymectomie totale les animaux meurent très vite, surtout si l'on pratique l'ablation du manubrium sternal. Il semble au contraire qu'une simple incision longitudinale et médiane du sternum donne de bien meilleurs résultats en ce qui concerne les *interventions sanglantes chez l'homme* ; trois opérations différentes ont été proposées :

A. *L'exothymopexie*, c'est-à-dire le relèvement et la fixation haute du thymus.

B. *La résection du manubrium sternal*.

C. *La thymectomie*.

L'auteur *rejette absolument l'exothymopexie simple*, car il est beaucoup plus difficile de fixer le thymus que de l'extirper.

Quant à *l'exothymopexie complémentaire*, loin de la recommander, il pense qu'elle peut, dans certains cas, être nuisible et même dangereuse.

Il *rejette absolument aussi la résection du manubrium sternal* comme inutile et insuffisante et ne méritant pas, d'après Veau, « d'être conservée comme méthode thérapeutique ».

La thymectomie est le traitement de choix, le seul traitement rationnel des accidents dus à l'hypertrophie du thymus.

Deux questions se posent immédiatement à l'esprit : doit-on faire la thymectomie totale ou partielle ; doit-on faire la thymectomie sous-capsulaire ou extra-capsulaire ?

Olivier donne les raisons pour lesquelles il conclut à la *thymectomie subtotalaire et rejette formellement la thymectomie extra-capsulaire qui lui semble dangereuse*.

Se basant sur les renseignements anatomiques qui ont appris que la capsule thymique si adhérente par sa face externe austernum et au péricarde, était au contraire parfaitement isolable à la sonde cannelée de la glande elle-même, l'auteur dit : *En résumé, le seul traitement chirurgical de l'hypertrophie du thymus est « la thymectomie subtotalaire sous-scapulaire »*.

Olivier donne la *technique opératoire de la thymectomie subtotalaire sous-capsulaire* après avoir discuté des dangers de l'anesthésie et écrit qu'il lui semble rationnel de ne pas refuser aux opérés les bénéfices de l'anesthésie générale, car les observations publiées jusqu'à ce jour ne mentionnent aucun incident chloroformique, ni accident, ni même alerte, mais on sera averti des dangers et on administrera le chloroforme avec redoublement de surveillance et une prudence extrême.

L'auteur a fait dessiner les principaux temps de cette opération, et il expose dans tous ses détails la technique de l'intervention, en ajoutant que nulle opération ne lui semble mieux ni plus facilement réglée que la thymectomie. Comment les jeunes enfants supportent-ils la thymectomie ?

En résumé, sur 15 cas de mort après la thymectomie, 7 ne lui sont pas imputables : 3 morts sont dues à la trachéotomie consécutive, 2 autres au drainage intempestif qui a été pratiqué ; dans 2 cas seulement, la thymectomie peut être accusée et encore s'accompagnait-elle d'ablation de plusieurs ganglions trachéobronchiques, ablation qui a parfaitement pu déterminer la mort par infection dans le premier cas, et dans le second cas, l'enfant était en état de mort apparente, en pleine syncope cardiaque, quand il a été opéré.

CONCLUSIONS. *La thymectomie en elle-même, c'est-à-dire sans drainage, ni trachéotomie, ni ablation concomitante d'organes septiques tels que des ganglions infectés, a une mortalité opératoire nulle ; le shock qu'elle détermine n'est jamais suffisant pour hâter la mort d'un enfant, c'est une opération par elle-même bénigne*.

Au point de vue de la valeur et des indications de la thymectomie dans les différentes formes cliniques de l'hypertrophie du thymus : il n'existe, en résumé, que deux grandes formes cliniques. La forme continue caractérisée par la dyspnée permanente ; la forme discontinue, ou intermittente, caractérisée par les crises de suffocation.

Dans le premier cas, les troubles observés sont continus, dans le second, ils sont intermittents.

Le chapitre II est intitulé :

De la valeur et des indications de la thymectomie dans la forme continue de l'hypertrophie du thymus. Résultats fonctionnels immédiats et éloignés.

I. — *Forme continue et complète :*

a) *Description clinique.* — Enfants très jeunes (4 à 6 mois) ayant une respiration difficile à la fin du mouvement respiratoire ; en même temps, la poitrine se rétrécit dans le sens transversal et augmente dans le sens antéro-postérieur. Au début du sommeil de l'enfant, la gêne de la respiration s'accroît. Quelque temps auparavant, brusquement en pleine nuit, est survenu un accès de suffocation de 10 à 15 minutes, suivi de plusieurs autres, les nuits suivantes. Entre les accès de suffocation, la respiration est gênée, difficile, et surtout, ce qui inquiète les parents, bruyante : quand l'enfant crie, il fait le coq.

L'enfant est atteint de *dyspnée permanente et de tirage médian sous-sternal*.

Sa respiration est en même temps stridoreuse.

Examen physique, très important, *révèle la voussure du manubrium sternal causée par l'hypertrophie du thymus.*

La palpation révèle le signe de Rehn ou de la tumeur sus-sternale.

La percussion de la région thymique montre souvent une matité anormale.

La radiographie, ou mieux souvent la radioscopie, montrent une ombre.

Le diagnostic doit être fait d'une façon très absolue entre l'adénopathie trachéo-bronchique et l'hypertrophie du thymus ; Olivier donne les symptômes de ces deux affections. Mais là où le problème se complique, c'est que les deux affections peuvent parfaitement coexister ; le diagnostic devient alors aussi difficile cliniquement que radioscopiquement, car tout est confondu.

On doit rejeter formellement la thymectomie dans l'adénopathie trachéo-bronchique, à cause des accidents de tuberculose aiguë, consécutifs à l'opération, qui ont été signalés.

En est-il de même dans l'hypertrophie du thymus (forme continue typique), *y a-t-il dans les différents symptômes observés une indication opératoire suffisante ou formelle ?* Rappelons que les trois symptômes cardinaux de l'affection sont :

La dyspnée permanente ;

Les crises de suffocation ;

Le stridor.

Pour que la dyspnée permanente soit une indication opératoire formelle, il faut prouver :

a) Qu'un thymus hypertrophié peut comprimer la trachée ;

b) Que cette compression est la cause de la dyspnée permanente.

Le thymus hypertrophié peut, le fait est aujourd'hui indiscutable, comprimer directement la trachée et indirectement par l'intermédiaire des gros vaisseaux de la base du cœur.

Il suffit, d'après le résultat des interventions, de lever la compression trachéale par le thymus pour que la dyspnée permanente cesse.

La dyspnée permanente est donc une indication opératoire formelle.

La thymectomie supprime radicalement les crises de suffocation,

donc les crises de suffocation constituent une indication opératoire de premier ordre, même urgente, à la condition toujours que le diagnostic soit bien établi.

En résumé : *dyspnée permanente, stridor, crises de suffocation = thymectomie.*

Dans un tableau récapitulatif, l'auteur nous montre les résultats immédiats et éloignés de la thymectomie dans la forme continue et complète de l'hypertrophie du thymus. On y voit que cette opération a été pratiquée 28 fois pour la forme dyspnéique continue avec 8 morts et 20 guérisons.

Formes continues et anormales.

Hinrichs a décrit une *forme dysphagique* de l'affection, guérie par la thymectomie.

Il est d'autres observations dans lesquelles le stridor est noté comme le symptôme capital : c'est la *forme stridoreuse*.

Faut-il opérer dans ce cas ? Oui et le plus vite possible si ce symptôme s'accompagne de dyspnée permanente avec ou sans crises de suffocation. Non, dans le cas où le stridor existe seul.

Sur 21 cas de thymectomie par hypertrophie du thymus avec stridor, celui-ci n'a persisté que trois fois.

L'auteur signale *enfin certaines formes continues qui sont pour ainsi dire réduites*. Pour terminer son travail, Olivier essaie, en analysant avec soin six observations qu'il a groupées à cette intention, de mettre sur pied un type clinique d'hypertrophie du thymus qui lui a semblé tout à fait particulier : type *intermittent* caractérisé par la brusquerie du début des accidents, par le caractère acquis des crises de suffocation qui ne sont jamais congénitales et remontent en moyenne au dixième mois, caractérisé enfin par l'absence de la dyspnée permanente dans l'intervalle des crises.

Le spasme de la glotte pourrait être confondu avec l'hypertrophie du thymus, l'auteur analysant avec soin chaque symptôme indique quelques différences. Mais la « forme intermittente » représente en réalité l'association morbide entre le spasme de la glotte et l'hypertrophie du thymus.

Quel est, dans cette association morbide, le rôle respectif de l'hypertrophie du thymus et du spasme de la glotte ? Il est à peu près admis aujourd'hui, par tous les pédiatres, que le spasme de la glotte n'est pas d'origine thymique : le *spasme épiglottique de la glotte n'a rien à attendre de la thymectomie*, mais l'hypertrophie du thymus, sans être ni la cause, ni l'effet du spasme, peut exister avec lui et l'aggraver considérablement. Alors, dans ces cas associés, la chirurgie reprend tous ses droits, la thymectomie ne supprimera pas le spasme, mais elle en diminuera considérablement la gravité en supprimant la mort subite.

Les résultats fonctionnels de la thymectomie dans la forme associée de l'hypertrophie du thymus sont les suivants : 6 thymectomies, 4 guérisons immédiates, une guérison secondaire.

En présence d'une hypertrophie du thymus coïncidant avec un

spasme de la glotte, ou inversement, en présence d'un tableau clinique du spasme de la glotte coexistant avec les signes physiques de l'hypertrophie du thymus, la thymectomie s'impose, car, si par hasard elle n'amène aucun résultat, en tout cas, elle n'aggrave en rien l'état de l'enfant, et si les crises de suffocation ne disparaissent pas immédiatement, en tout cas la mort sera évitée.

L'auteur décrit enfin une *forme cyanotique* peu connue, et dit un mot d'une forme rare d'hypertrophie du thymus, *forme associée à certaines variétés d'eczéma des nourrissons*, très distincte de l'eczéma d'origine intestinale.

Les observations ont été divisées en cinq groupes :

I. — 28 observations de thymectomie pour forme continue de l'hypertrophie du thymus.

II. — 4 observations de thymectomie pour adénopathie trachéo-bronchique simulant une hypertrophie du thymus.

III. — 1 observation de thymectomie pour forme cyanotique de l'hypertrophie du thymus.

IV. — 6 observations de thymectomie pour forme intermittente de l'hypertrophie du thymus.

V. — 4 observations diverses.

Toutes les observations qui sont personnelles à l'auteur ou dues à l'obligeance de M. Veau sont publiées *in extenso*, les autres sont publiées en résumé. Du reste, le lecteur pressé pourra consulter à la fin des observations, un tableau dans lequel Olivier a résumé les 39 cas de thymectomies publiés antérieurement au 1^{er} octobre 1911. (Observation, opération, résultats.) A. GROSSARD (de Paris).

III. — **De l'herpès zoster auriculaire et para-auriculaire**, par Louis CLOSIER (Thèse de Paris, 1911, Jules Rausier, 95 pages).

Il s'agit d'une affection assez négligée dans les traités classiques et cependant fort intéressante, « autant par la variété de ses formes cliniques que par les problèmes pathogéniques qu'elle peut soulever ».

Tout d'abord, il est nécessaire de s'entendre sur ce qu'on désigne sous le nom d'herpès zoster auriculaire qui signifierait pour les uns des éruptions herpétiques douloureuses de l'oreille externe, pour les autres des zônes céphaliques accompagnés de troubles auditifs ; pour d'autres encore les lésions auriculaires ont paru accessoires et ceux-ci décrivent comme zônes céphaliques, faciaux ou occipitaux, des herpès zoster, etc., etc. L'auteur a groupé et analysé ces divers cas de façon à établir des types cliniques définis.

L'éruption en effet peut se limiter au pavillon, au conduit auditif externe et à la membrane tympanique et s'accompagner simplement des douleurs caractéristiques du zôna : c'est l'herpès auriculaire simple ou otique proprement dit (Ramsay-Hunt).

Plus souvent l'éruption gagne la nuque (type occipito-collatéral de Bœreusprung) ou même la face et s'accompagne de paralysie faciale.

Dans des cas plus graves s'ajoutent des troubles auditifs pouvant comprendre le vertige, le nystagmus, les bourdonnements.

Enfin cette forme peut exister sans paralysie faciale.

Chacune des formes cliniques de l'herpès zoster auriculaire et para-auriculaire est alors étudiée soigneusement.

1^o *Herpès otique simple ou zôna auriculaire proprement dit.* L'éruption n'atteint que l'oreille; son étiologie est commune à tous les zônas. Après une période de troubles généraux : malaises, abattement, frissons, quelquefois fièvres plus ou moins prononcées, avec prurit, brûlures, etc., le malade ressent des douleurs névralgiques profondes au niveau de l'oreille et de la région mastoïdienne. « Il existe une véritable otalgie zostérienne. » L'éruption fait alors son apparition, envahissant tout ou partie de l'oreille et le tympan; c'est une éruption bulleuse qui augmente peu à peu de volume, devient confluyente et finit par suppurer. Les ganglions tributaires de la région peuvent être très tuméfiés. Au bout d'une quinzaine de jours, les vésicules se flétrissent et se recouvrent d'une croûte qui laisse en tombant une macule rougeâtre. Les douleurs persistent rarement après l'éruption.

Le diagnostic peut être délicat dans le cas où l'éruption bulleuse se cantonne à la membrane du tympan.

Il ne faudra pas confondre l'herpès zoster avec une otite externe diffuse, une otite moyenne ou une mastoïde aiguë.

La surdité que l'on constate ici n'est qu'un phénomène accessoire qui ne relève pas d'une lésion labyrinthique.

2^o *Herpès auriculaire ou para-auriculaire (facial occipito-cervical) avec paralysie faciale.*

Ici l'éruption peut être otique, faciale ou occipito-cervicale et s'accompagne dans la règle de paralysie faciale. Suivant la région envahie, on observe une variété ophtalmique pouvant se compliquer de conjonctivite, kératite, iritis, névrite optique; une variété intéressant la zone du nerf maxillaire inférieur ou supérieur; cette dernière décrite plus loin à cause de ses caractères spéciaux, une variété sensorielle avec troubles sensitifs et sensoriels dans la sphère du trijumeau. Les phénomènes paralytiques ne durent que peu de temps d'ordinaire.

3^o *Herpès auriculaire ou para-auriculaire avec paralysie faciale et hypoacousie.*

Dans ce cas il y a participation de l'appareil de perception aux lésions. Cette forme serait fréquente et cependant les troubles auditifs auraient été mal analysés. Toutefois le Weber serait latéralisé, quand il l'est, au côté sain et le Rinne positif. Il y aurait insuffisance et perversion auditive (diplacousie, hyperacousie).

Ces troubles auditifs ne persistent pas après la maladie.

4^o *Herpès auriculaire ou para-auriculaire avec paralysie faciale et syndrome de Ménière. Ici les troubles auditifs peuvent être définitifs.*

Enfin, à côté de ces formes typiques, les plus fréquentes, se rangent un certain nombre d'autres zônas auriculaires et para-auriculaires et qui sont : 1^o *l'herpès zoster auriculaire avec paralysie faciale et éruption bucco-pharyngée*; 2^o *l'herpès zoster auriculaire avec symptômes auditifs sans paralysie faciale.*

L'auteur passe en revue les diverses théories pathogéniques de l'affection. Pour la paralysie faciale, théorie *a frigore*, théorie réflexe, théorie de la propagation, théorie de l'œdème, théorie de la propagation par les veines, les lymphatiques et le tissu cellulaire, enfin théorie infectieuse la plus vraisemblable sont étudiées consciencieusement.

Pour les troubles de l'appareil auditif, c'est encore à la théorie infectieuse qu'il faudrait se rallier.

Quant à l'explication de la répartition des lésions, elle est d'une interprétation délicate, mais en tout cas, en rapport avec la diversité des racines nerveuses et des ganglions touchés par l'infection.

Le traitement comprendra les soins à donner contre l'éruption, les douleurs, la paralysie et les troubles auditifs.

Au début, employer contre l'éruption les poudres faiblement antiseptiques (talc, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc). Quand les vésicules seront rompues, pansements secs aseptiques.

Contre les douleurs, on pourra être amené à employer la morphine.

Contre la paralysie faciale, on s'adressera au traitement électrique.

La médication phosphorée pourra rendre des services dans les hypoacusies labyrinthiques légères et dans les cas de syndrome labyrinthique; l'acide bromhydrique ou le bromhydrate de quinine pourront donner de bons résultats. La ponction lombaire compterait également parmi les moyens à employer avec grande utilité.

E. MOLARD (de Paris).

IV. — **La tuberculose du larynx chez l'enfant**, par EDOUARD (Thèse Lyon, 1912, n° 91).

Dans ce travail inspiré par le professeur Collet, l'auteur constate la rareté de cette affection et le peu de documents publiés à ce sujet bien que la question ait déjà été signalée depuis 1829 par Tonnelé. Comme historique l'auteur signale Trousseau et Belloc, Neumann, Rheiner, Rilliet et Barthez, Steiner et Meureutter, Reiner, Rauchfuss, Heinze, Morell-Mackensie, Demme, Frébélius, Lublinski, Leroux, Rheindorff, Kafemann, Froin, Lake, Lackard, Nobécourt et Tixier, Brindel, Boulay, Haushalter, Bar; Collet en a observé 4 cas signalés dans son livre sur la tuberculose du larynx et des voies respiratoires supérieures.

La tuberculose laryngée est relativement rare chez l'enfant. Elle s'observe surtout dans les cas de granulie, de tuberculose pulmonaire avancée ou de tuberculose propagée à plusieurs organes. La tuberculose primitive au sens clinique du mot est incontestable, mais exceptionnelle. L'infection se fait habituellement par contact par les crachats bacillaires ou par voie sanguine (granulie). La voie lymphatique serait exceptionnelle. Comme lésion on rencontre soit des ulcérations, parfois même trachéales, comme l'a montré Collet, soit de l'œdème, soit de la périchondrite avec parfois formation de séquestres; les adhérences endo-laryngées sont rares.

Les formes cliniques sont la forme granuleuse, la forme infiltrative, la forme ulcéro-œdémateuse, la forme pharyngo-laryngée,

la forme végétante, la forme sous-glottique, la forme périchondrique. La forme granulique est la plus fréquente.

Les signes consistent en troubles fonctionnels assez vagues ; le plus courant et le premier en date c'est la dysphonie. La douleur laryngée est inconstante, la dysphagie exceptionnelle. La toux est sèche, parfois quinteuse. La dyspnée est un signe bien plus important chez l'enfant que chez l'adulte à cause de l'étroitesse du larynx, d'où la fréquence des spasmes. L'examen du larynx se fait soit par le procédé de Laka chez le nourrisson édenté, soit par celui d'Escat. On peut ainsi constater les lésions locales. Le diagnostic se pose dans quelques cas assez rares et soudains avec la diphtérie et les laryngites suffocantes, pour les formes végétantes avec le papillome, dans d'autres cas avec la syphilis héréditaire du larynx et les compressions ganglionnaires ; souvent elle est latente et méconnue. Le pronostic est très grave, la marche rapide, il n'y aurait pas d'observation de guérison spontanée.

Entre le traitement général et le traitement médical local difficile à faire chez l'enfant, la trachéotomie est indiquée pour combattre la dyspnée. Etant donnée l'incurabilité habituelle de la maladie on peut avec Henrici mettre systématiquement le larynx au repos par la trachéotomie même sans dyspnée ; cet auteur a obtenu ainsi quatre guérisons avec décanulement ultérieur et absence de récive.

SARGNON (de Lyon).

V. — Sur la fréquence de la surdité simulée parmi les accidentés et sur les méthodes permettant de dépister la simulation, par Z. M. KOMPANÉETZ. (Thèse, Ekaterinoslav, 1912, 728 pages de texte et 27 pages de bibliographie).

Cet ouvrage présente pour le médecin otologiste un intérêt plus étendu que ne semble l'indiquer le titre. L'auteur a décrit en effet toutes les méthodes actuellement connues pour l'examen non seulement d'un simulateur mais aussi de tout malade présentant une affection de l'ouïe.

Dans la première partie comprenant 232 pages, se trouvent décrits avec beaucoup de détails tous les procédés qui permettent de dépister la surdité simulée et toutes les méthodes d'examen des fonctions auditive et non auditive de l'oreille. Il ne s'agit pas seulement d'une énumération mais aussi de la mise en valeur de chacune des méthodes. Outre les expériences de Rinne, Weber, Schwabach, l'auteur expose avec précision l'examen de l'ouïe au point de vue qualitatif et surtout quantitatif au moyen des diapasons ; chez tous les sujets examinés, l'auteur a déterminé le relief de l'ouïe à l'aide des 9 diapasons de la série de Bezold-Edelmann et en se basant sur cette méthode il propose un procédé personnel pour dépister une diminution simulée de l'ouïe.

Dans la seconde partie l'auteur présente les observations qu'il a faites chez 150 sujets présentant une diminution réelle de l'ouïe, chez 300 sujets ayant une ouïe normale et chez 362 sujets accidentés dont il était nécessaire de déterminer l'état réel de l'ouïe.

Parmi les nombreuses conclusions de l'auteur nous citerons les suivantes :

Aucune des méthodes que l'on emploie habituellement pour l'examen fonctionnel de l'oreille (expérience de Weber, Rinne, Schwabach, détermination des limites inférieure et supérieure de l'ouïe) n'est suffisante à elle seule pour confirmer ou nier la réalité ou la simulation de ce qui est affirmé par le sujet examiné. Pour déterminer la diminution de la transmission osseuse le diapason a_1 est le plus avantageux, tandis que pour déterminer l'augmentation, c'est le diapason A.

Entre l'acuité de l'ouïe pour la parole et pour les sons il existe un certain rapport en ce sens qu'à l'acuité de l'ouïe pour la parole correspond une certaine disposition de la courbe de l'ouïe sur le relief et une certaine étendue de cette courbe. (L'auteur a déterminé avec précision ces diverses notions dans son travail.)

Pour dépister la simulation de la diminution de l'ouïe l'auteur propose un procédé personnel où l'on établit déjà la simulation lorsque l'ouïe semble alternativement être meilleure pour un diapason et plus mauvaise pour un autre ; dans ce cas sur le relief où l'on inscrit ces variations la courbe présente de nombreux croisements. Il est presque toujours nécessaire pour dépister la simulation d'employer plusieurs méthodes d'examen au cours de la même séance et il est préférable de répéter encore pendant d'autres séances l'examen fonctionnel de l'oreille.

M. DE KERVILY (de Paris).

VI. — Du retard de la guérison après la trépanation mastoïdienne, par Albert BRESSON (Thèse de Montpellier, 1912).

L'auteur limite son sujet de la manière suivante : une mastoïdite compliquant une otite moyenne aiguë est opérée en temps opportun et de façon apparemment correcte ; il n'y a point de complications intra-crâniennes, aucune faute opératoire n'a été commise ; mais la guérison ne s'effectue point dans les délais normaux. Quelles sont les raisons de ce retard ?

On peut les classer sous deux chefs : causes locales et causes générales. C'est à leur étude qu'est consacré ce travail.

Parmi les causes locales, les plus nombreuses se trouvent dans l'infection de la plaie par des germes pathogènes variés (suppuration, érysipèle, dermatose) ; la persistance de l'otite, la fistulisation de la plaie (ostéite, séquestre, cellules aberrantes) ; la formation d'abcès cervicaux ; la blessure de la parotide (fistules parotidiennes) ; enfin exceptionnellement le défaut d'irrigation sanguine de la région (artérite).

L'auteur passe en revue ces différentes éventualités, donne des observations pour chacune d'elles, et en fait ressortir les traits dominants.

Pour les causes d'ordre général, l'atonie de la plaie due à un mauvais état de nutrition générale, l'influence des diathèses, diabète, goutte, brightisme, tuberculose, syphilis (acquise et héréditaire), la

persistance de la douleur due à l'hystérie, sont étudiées successivement et appuyées sur des observations typiques.

Ce travail consciencieux, bien documenté et riche en indications bibliographiques, est une excellente mise au point de la question, faite avec méthode et discernement. E. HÉDON (de Montpellier).

VII. — De l'enrouement chez les chanteurs, par H. LAVIELLE (Thèse de Bordeaux, 1912).

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur expose quelques considérations physiques sur la voie chantée, son produit par les vibrations des cordes vocales mises en mouvement par le passage de l'air. Il reconnaît à la voix quatre qualités essentielles : l'intensité, la hauteur, le timbre et la tenue. Pour qu'un son puisse être tenu deux conditions sont nécessaires : 1° un larynx dont les cordes puissent conserver pendant un certain temps une certaine tension ; 2° une soufflerie capable de fournir le débit d'air exigé pour conserver la même hauteur : la tenue du son est donc fonction de la robustesse du larynx et de la puissance expiratrice.

L'auteur décrit ensuite l'anatomie de l'appareil phonétique considéré au point de vue du chant ; il compare cet appareil à un instrument à anche comprenant : 1° une soufflerie et un tuyau porte-vent représentés par les poumons, les bronches et le conduit trachéo-bronchique ; 2° une anche constituée par le larynx ; 3° des résonateurs et un porte-voix : cage thoracique, pharynx, naso-pharynx, fosses nasales et cavités annexes, bouche.

L'auteur étudie ensuite la culture physiologique de la voix. Le type respiratoire abdominal sera adopté. L'étendue vocale sera divisée en grave, médium, aigu. La voix sera émise au moyen de deux registres : registre épais et registre mince ; les voix aiguës (ténors, soprani) ne devront employer que le registre mince ; les voix graves (basses, barytons, contralti) useront du registre épais pour le grave seulement. Les voix ne devront être classées qu'après un examen laryngoscopique et un certain temps de travail. Une place toute spéciale doit être faite à l'étude de la respiration et c'est ainsi que l'élève arrivera à être maître de son expiration ; il ne devra jamais chercher le volume mais la qualité. L'entraînement vocal sera long, progressif et continu.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, l'auteur traite de l'enrouement de la voix chantée et il entend par enrouement un trouble portant à la fois sur les quatre caractères physiques : intensité, hauteur, timbre et tenue. Dans l'enrouement la voix chantée est diminuée d'intensité, abaissée dans sa hauteur, assourdie dans son timbre, écourtée et incertaine dans sa tenue. Pour l'auteur tout trouble dysphonique de la voix chantée constitue l'enrouement. Quelles sont les causes de l'enrouement ? Elle peuvent tenir aux agents physiques ou au sujet et peuvent être dans ce cas physiologiques, pathologiques ou professionnelles. Un grand nombre de maladies de tous les appareils et des maladies générales peuvent

déterminer l'enrouement ; toutes les maladies du larynx retentissent directement sur la voix chantée. Mais la grande cause, la cause la plus fréquente des enrouements chez les chanteurs, c'est le malmenage vocal. L'auteur rapporte de nombreuses observations d'enrouement provoqué par le malmenage.

Le traitement de l'enrouement sera curatif : médico-chirurgical quand le trouble reconnaîtra une cause pathologique, physiologique et comprenant la rééducation de la voix malmenée quand le spécialiste se trouvera en face d'un enrouement causé par le malmenage.

Plus facile sera le traitement *préventif* ; il consistera dans l'hygiène et la culture physiologique de la voix, et l'hygiène préventive du malmenage vocal serait facilement réalisée si l'on exigeait des professeurs de chant et de leurs élèves les connaissances de physiologie vocale nécessaires à l'exercice de leur art et si des spécialistes autorisés contrôlaient les études. POUJOLA (de Paris).

VIII. — **Des kystes dermoïdes du dos du nez**, par HÉBERT
(Thèse de Bordeaux, 1912).

Les kystes dermoïdes congénitaux du dos du nez se présentent sous la forme de tumeurs de consistance variable, et, le plus souvent, ils l'ouvrent à leur partie inférieure par une fistule d'où s'échappent de la matière grasse et des poils. La structure de la paroi dermoïde est identique à celle du derme de la peau, les glandes sudoripares y font cependant ordinairement défaut.

Le contenu de ces kystes est constitué par de la graisse libre, des cristaux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ou infiltrées de graisse. On n'y rencontre pas de micro-organismes à moins qu'elles ne communiquent avec l'extérieur. La pathogénie de ces tumeurs est très discutée, mais on admet généralement leur origine congénitale. Ils proviennent de l'enclavement d'une involution ectodermique de la gouttière dorsale dans le bourgeon fronto-nasal. Celui-ci entraîne l'îlot ainsi formé qui évoluera plus tard en kyste.

Le meilleur traitement, le seul rationnel, est l'extirpation ; elle est parfois difficile par suite de l'adhésion du kyste à la peau ou au périoste et par l'existence possible de prolongement intra-osseux. L'incision devra être faite largement, mettre la paroi de la poche à nu, mais éviter autant que possible de l'ouvrir, ce qui compliquerait l'opération. On évitera les récides et la formation d'une fistule intarissable en ne laissant aucune portion de la paroi dans la plaie.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

V. — NOTES DE LECTURES

Index vocal ; index verbal. Audition, par G. GRADENIGO, (*Archiv für Ohrenheilk.*, Vol. 87, p. 252, 13 mai 1912).

Les otologistes d'ordinaire un peu à l'étroit dans leur cabinet de consultation n'utilisent le plus souvent que la voix chuchotée pour mesurer l'audition de leurs malades. Or certains sourds, tels que les chaudronniers, les chauffeurs de locomotives, s'ils n'entendent la voix chuchotée qu'à une très faible distance, perçoivent par contre la voix haute à une distance assez considérable. Il importe donc de rechercher toujours les distances auxquelles sont perçues et la voix haute et la voix chuchotée. Le rapport de ces deux distances sera l'*index vocal*. Si *V* désigne cette distance pour la voix haute, *v* pour la voix chuchotée, *iv* l'index vocal, on aura par définition :

$$iv = \frac{v}{V}$$

La détermination de ce rapport est essentielle d'après Gradenigo au cours de toute mesure de l'acuité auditive, de plus on pourra en tirer des données pouvant préciser un diagnostic.

Dans la pratique, la détermination de l'index vocal présente des difficultés sérieuses. Tout d'abord il importe d'établir le rapport

$\frac{v}{V}$ pour une oreille normale. Dans la recherche de la distance de perception de la parole il faut distinguer 4 zones différentes : 1° une *zone muette* où la voix n'est pas perçue ; 2° une zone que Gradenigo nomme *zone du souffle*, on y entend le souffle de la voix, une espèce de chuchotement indistinct mais on ne peut distinguer les mots ; 3° une *zone indéterminée* ; la voix y est perçue faiblement ; on y comprend certains mots, d'autres vous échappent, on ne peut affirmer avoir compris à coup sûr ; 4° une *zone déterminée*, où tous les mots sont compris.

Dans la pratique, la zone indéterminée est la plus importante, et pour l'établir on peut procéder de deux façons : ou bien on répétera à plusieurs reprises un mot, jusqu'à ce qu'il soit bien entendu, puis on remplacera ce mot par un autre de consonance analogue et on verra s'il n'y a pas de confusion ; ou bien si le malade possède une certaine intelligence, on le laissera lui-même juge de la façon dont il comprend. Gradenigo croit ce dernier procédé supérieur au précédent. L'accommodation de l'oreille a une grande influence sur l'établissement de la zone indéterminée. Il est en effet curieux de constater les divergences extraordinaires des auteurs quand il s'agit d'établir la distance à laquelle la voix chuchotée par exemple est perçue par une oreille normale. Si la plupart donnent 20 à 25 mètres, certains donnent 80 mètres et au delà. C'est qu'il existe plusieurs variétés de voix chuchotée : 1° elle peut être émise après une expiration calme, c'est la *voix chuchotée faible* ; 2° on peut y distinguer nettement le

ton laryngien, c'est la *voie chuchotée forte* ; 3° enfin on peut émettre une voix chuchotée tenant le milieu entre les précédentes, c'est la *voie chuchotée moyenne*. Gradenigo donne la préférence à cette dernière, c'est elle qui servira à la détermination de l'index vocal.

Le local dans lequel s'effectue la recherche a une importance capitale, certains phénomènes de résonnance pouvant entrer en ligne de compte.

L'auteur a fait des recherches dans un grand hall couvert et a trouvé pour la voix chuchotée moyenne et les différentes voyelles les distances suivantes :

$$a = 44^m.$$

$$e = 38^m.$$

$$i = 38^m.$$

$$o = 25^m.$$

$$u = 24^m.$$

Dans un lieu découvert, en plein air, les mêmes expériences ont donné :

$$a = 24^m.$$

$$e = 10^m.$$

$$i = 18^m.$$

$$o = 22^m.$$

$$u = 6^m.$$

Quant à ce qui concerne la voix haute, les écarts sont considérables : dans certaines régions de l'Afrique on peut converser à 400 m de distance, les Caffres s'entendent à 3 kilomètres; l'air atmosphérique entre pour une grande part dans ces écarts, de même la nature du sol. Les expériences de l'auteur ont montré qu'à 165 m. la voyelle *a* seule était perçue; entre 140 et 145 m., Gradenigo distinguait à peine toutes les voyelles sauf *u*; à 100 m. toutes les voyelles étaient bien perçues, sauf *u*; entre 80 et 90 m. *u* était enfin compris. En arrondissant les chiffres on peut dire que pour *a, e, o, i, V* = 100m.

Dans le même endroit Gradenigo établit la distance de perception pour la voie chuchotée moyenne et il trouve qu'à 20m *a* seulement est perçu, à 15m il perçoit distinctement *a, e, o, i*, entre 4 et 6m on distinguait *u* sans confusion possible.

Il nous est maintenant possible de donner la valeur de l'index vocal (*i. v.*) pour une oreille normale.

Pour les voyelles *a, e, o, i*, ce sera :

$$\frac{v}{V} = \frac{15 - 20}{100} = \frac{1}{6,6}, \frac{1}{5} = \frac{1}{6} \text{ en moyenne.}$$

Pour la voyelle *u*, on aura :

$$(u) i. v. = \frac{5 - 6}{80} = \frac{1}{13}, \frac{1}{16} = \frac{1}{15} \text{ en moyenne.}$$

Nous devons maintenant appliquer ces recherches aux oreilles pathologiques. On se place à 5 mètres du malade, et trois cas

peuvent se présenter : 1° Toutes les voyelles sont perçues à 5 mètres ou davantage pour la voix chuchotée, ou bien elles ne sont pas perçues au contact du pavillon : l'index vocal ne peut être déterminé dans la pièce de l'examen. 2° Pour la voix chuchotée, toutes les voyelles sont perçues à des distances inférieures à 5 mètres, mais pour la voix haute elles sont entendues à plus de 5 mètres, l'index vocal ne peut être déterminé. Si pour v , on a trouvé 3 mètres par exemple,

on écrira : $i. v. = \frac{300}{>500}$ centimètres. 3° Les voyelles sont perçues pour la voix haute à une distance inférieure à 5 mètres ; on peut alors déterminer $i. v.$ pathologique par rapport à $i. v.$ normal. Si, par exemple, pour i on a trouvé $v = 2$ centimètres, $V = 450$, on écrira :

$$(i) i. v. = \frac{2}{450} = \frac{1}{225}$$

index qui s'éloigne très fortement de la normale (otites professionnelles); dans certaines formes d'otites moyennes catarrhales, la lettre a est perçue pour la voix haute et pour la voix chuchotée à une distance à peu près identique, on pourra trouver par exemple :

$$(a) i. v. = \frac{200}{300} = \frac{2}{3}$$

alors que l'index normal est $\frac{1}{6}$.

Gradenigo propose d'appliquer le terme d'*audition* (*auditus*) non seulement à l'acuité auditive d'un malade, mais encore à l'ensemble des impressions acoustiques, optiques, tactiles, dont peut disposer le malade pour reconnaître les sons familiers. Pour déterminer l'*audition* (*auditus*), nous nous placerons en face du malade, le visage bien éclairé, nous laisserons le malade prendre la position qui lui paraîtra la plus favorable et nous prononcerons des phrases qui sont pour lui d'un usage courant. Nous pourrons alors constater que cette *audition* (*auditus*) est bien supérieure à l'acuité auditive mesurée avec les instruments acoumétriques classiques.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

VI. — ANALYSES

I. — OREILLES

Monstruosités des oreilles avec absence des conduits auditifs externes, par le Privat-docent D. E. GOROKHOFF (*Meditinsky Sovremenik*, 1912, n° 8).

Il s'agit d'un enfant dont les deux pavillons des oreilles présentent la même anomalie, par arrêt de développement : seule la portion inférieure est représentée normalement tandis que la portion cartilagineuse est de forme très irrégulière et il n'y a pas d'ouverture pour le conduit auditif. Les apophyses mastoïdes ne sont presque pas développées, et à leur place il y a de chaque côté une fossette. L'ouïe est faible ; l'enfant n'entend que lorsqu'on crie, il ne parle pas. Par ailleurs, l'enfant est développé normalement et les fonctions intellectuelles sont assez satisfaisantes.

L'enfant a été opéré sous narcose chloroformique. On fit une incision cutanée derrière l'oreille droite jusqu'à l'os comme pour l'ouverture de l'oreille moyenne ; le périoste fut de chaque côté de l'incision fortement attiré et l'on constata que le conduit auditif externe n'était pas développé, et à sa place il n'y avait qu'un épaississement osseux. La saillie osseuse au-dessus de l'oreille externe qui constitue habituellement la limite pour la détermination du champ opératoire, manquait dans ce cas. En arrière et un peu en haut de l'endroit où l'on supposait trouver l'oreille externe on enlève au ciseau une mince lamelle osseuse et aussitôt on découvrit la dure-mère. On enleva une autre lamelle osseuse un peu plus bas et de nouveau la dure-mère apparut. Encore plus bas au moyen du ciseau on découvrit l'oreille moyenne et l'on élargit le conduit sur une largeur de $1/2$ centimètre dans la paroi osseuse. Puis on fit un lambeau auprès du champ opératoire avec une base en haut et un sommet en bas, long de 4 cm. et large de 1 cm. Ce lambeau fut introduit dans l'orifice créé dans l'os de façon à faire pénétrer son sommet dans la cavité de l'oreille moyenne. Les suites opératoires furent simples. L'enfant entendit les mieux et dès le troisième jour il se mit à parler, s'efforçant à répéter les mots qu'on disait devant lui. Le lambeau cutané se greffa très bien.

M. DE KERVILY (de Paris).

Otite externe ulcéromembraneuse (Plaut-Vincent) suivie de stomatite, d'angine et de glossite ulcéromembraneuse, par GERLACH (Dresde) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV, Bd., H. 4).

L'auteur rapporte un cas d'otite à bacilles de Vincent et à spirochètes droits qui fut suivi d'une infection buccale due aux mêmes éléments microbiens. On suppose dans ce cas que la malade a dû porter ses doigts de son oreille à sa bouche ou réciproquement. En tous cas la guérison rapide put être obtenue grâce à des injections de Salvarsan (à la dose de 0, 40 pour 150 en injection intraveineuse, renouvelée 7 jours après à la dose de 0, 60 pour 200 également en

injection intraveineuse). Des abcès profonds de la langue et des joues ont pu être ainsi rapidement et complètement améliorés. Sourdel avait déjà attiré l'attention récemment sur la méthode de traitement des angines de Vincent par l'application de poudre de salvarsan.

CANY (La Bourboule).

Traitement chirurgical de l'otorrhée chronique, par N. STANGENBERG (*Hygiea*, n° 5, 1912).

L'auteur donne une vue historique sur le développement et la technique de l'opération radicale en s'appuyant sur ses propres cas et sur ceux de la littérature. Pour le traitement post-opératoire il emploie toujours un tamponnement peu serré. Il fait ressortir que la mise à nu du sinus n'est pas toujours une chose indifférente et il cite un cas où le sinus fut lésé dès le premier coup de ciseau et où lors du second changement de pansement il survint une embolie gazeuse subite mortelle. Dans les cas appropriés il a fait aussi l'opération de Heath, et, comme il semble, avec un bon résultat fonctionnel. Puis vient un choix des cas de l'auteur et un coup d'œil d'ensemble sur la littérature. Du reste ce travail n'apporte rien de neuf.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

A propos de l'examen de 1050 crânes. Quelques points intéressants en rapport avec la chirurgie de l'oreille et du nez, par W. S. SYME, M. D., F. R. S. E., de Glasgow (in *The journal of laryngol., rhinol. and otol.*, n° 6, juin 1912).

I. OREILLE. — A. *Le trou jugulaire*. — A propos de la ligature de la jugulaire on a objecté que la veine du côté opposé pouvait être si petite qu'elle rendrait impossible la circulation de retour. Mais il y a bien d'autres voies de déversement. En général, le trou gauche est le plus petit.

B. *Le bombement de la fosse jugulaire dans la cavité tympanique*. — D'habitude, elle est située sous la caisse et en est séparée par un os assez épais, mais d'autres fois elle est déhiscente, et le reflet bleu du bulbe apparaît à travers le tympan.

L'auteur l'a noté sur ses crânes 5 fois à gauche et 11 fois à droite.

C. *La partie postérieure de la cavité glénoïde* est séparée du méat externe sur l'os tympanique si mince qu'il peut être déhiscent ; on l'a vu sur un crâne des deux côtés.

L'auteur signale encore ces anomalies : sur un crâne des deux côtés les fenêtres ovales étaient obstruées par l'os tandis que sur un autre il y avait oblitération osseuse des deux fenêtres ronde et ovale du côté gauche. Sur un crâne d'Australien, il y avait un développement très marqué de l'éminence qui entoure les fenêtres rondes et on se demande si ce fait n'est pas en rapport avec le développement d'une audition très fine, comme celle qu'on signale chez les Indiens.

II. LE NEZ. — On a trouvé une déviation de la cloison osseuse sur 81 crânes ; soit 45 à droite et 36 à gauche. Il n'est plus question ici de la cloison cartilagineuse. Dans 90 cas il y avait envahissement kystique du cornet moyen droit et dans 70 du gauche. Sur deux crânes on pouvait voir un kyste dentigène de la paroi externe de l'antre. Sur

un crâne il y avait un grand développement kystique de la partie antérieure du cornet intérieur gauche.

Il est assez fréquent de trouver un hiatus accessoire de l'antre derrière l'hiatus normal, on prétend que c'est par cet ostium secondaire que passe le polype choanal qui aurait son origine dans l'antre, d'après certaine théorie.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

L'otite moyenne avec perforation dans la scarlatine,

par G. HOLMGREN (*Otologiska meddelanden*, fasc. I, p. 1, 1912).

Sur 9590 scarlatines traitées de 1901 à 1910, il y eut 2020 cas d'otite. Le pourcentage des otites fut de 44 pour l'âge de un an à deux, puis descendit régulièrement jusqu'à 4 % à 10 ans et demeura presque constant pour les autres âges. Le plus grand nombre des otites se trouve dans les 6 premiers mois de l'année, tandis que le 3^e trimestre présente le minimum ; (1^{er} trim. 33,7 % ; 2^e trim. 28,1 % ; 3^e trim. 16,6 % ; 4^e trim. 24,8 %). Le pourcentage le plus élevé pour une année est de 26,19 %, le plus faible est de 14,38 %. Dans toutes les statistiques on dénombra les cas d'otites et non pas comme dans les autres les malades atteints d'otite. Dans 2,52 % des cas la perforation se fit du 1^{er} au 3^e jour après entrée à l'hôpital, dans 7,03 du 4^e au 6^e, dans 9,26 du 7^e au 9^e, dans 10,50 % du 10^e au 12^e, 10,50 du 13^e au 15^e ; 9,11 % du 16^e au 18^e ; 8,66 % du 19^e au 21^e ; 7,82 % du 22 au 24^e, etc. jusqu'à 1,83 % au 52^e jour. On voit que la mortalité et le pourcentage des otites ne sont pas en rapport direct et que par contre le pourcentage des otites est bien plus considérable dans les cas de scarlatine terminés par la mort. — Au point de vue du pronostic, chez 76 malades et 111 organes auditifs on constata une perforation permanente dans 41,4 % des cas, dans 36,1 % d'autres reliquats, chez 22,5 % une constatation normale. L'examen de l'audition sur 75 organes auditifs révéla une diminution de l'audition sur 73,33 %.

Les autres matériaux statistiques très considérables et étudiés avec grand soin ne sont pas adaptés à un court résumé.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Nouvel appareil pour oreilles écartées, par Koch, de Berlin (*Allg. med. Centr. Zeitung*. 22 juin 1912).

Appareil fixé aux oreilles à la façon de lunettes ; les bandes se croisent en avant sur le front et en arrière sur la nuque. Ce nouveau bandage serait très efficace.

MENIER (de Figeac).

Syphilis de l'oreille externe, par L. ROSENBERG, de Kieff (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, novembre 1911, n° 11, avec 1 fig.).

Il s'agit d'une affection très rare. Le malade, âgé de 24 ans, ne présente rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Il vint à l'hôpital pour une affection de l'oreille datant de 3 mois. Le conduit auditif droit est rétréci par une cicatrice à la portion initiale ; il laisse avec peine passer l'entonnoir n° 1 de Politzer. La membrane du tympan ne présente pas de modification. Tout le pavillon de l'oreille droite présente sur sa face antérieure un épaississement ;

elle est recouverte de bosselures au milieu desquelles se trouvent des ulcérations avec bords irréguliers et fond purulent. Le malade a eu un chancre induré il y a un an et porte encore une petite cicatrice auprès du frein du prépuce. Il existe des ganglions tuméfiés. La réaction de Wassermann était nettement positive. Le malade fut soumis au traitement mercuriel et bientôt l'état du pavillon de l'oreille fut notablement amélioré. M. DE KERVILY (de Paris).

Otalgie angiosclérotique, par K. STEIN de Vienne (*Wiener Klin. Woch.*, 27 juin 1912, n° 26, p. 1002).

L'auteur estime que les altérations artérioscléreuses des vaisseaux irriguant l'oreille peuvent (en plus d'autres manifestations morbides) provoquer des sensations douloureuses ou désagréables dans l'organe auditif. Il attribue celles-ci aux troubles de la circulation locale (interruption ou diminution de l'apport sanguin aux territoires nerveux sensitifs de l'oreille). Il propose le nom ci-dessus. Mais ce diagnostic ne peut être posé que quand le sujet est artério-scléreux et que tous les autres facteurs étiologiques d'une otalgie font défaut. La théobromine ou la diurétine permettent le diagnostic et en même temps le traitement grâce à leurs propriétés vaso-dilatatrices (0, 50 3 à 5 fois par jour).

MENIER (de Figeac).

Hémorragie par ulcération du sinus latéral due à otite, (*Archivio italiano di otologia*, fasc. 3, 1912).

L'auteur relate un cas d'ulcération des parois du sinus survenue cinq jours après sa dénudation osseuse. L'auteur incline à expliquer ce fait, en dehors de la propagation du processus infectieux, par l'exaltation de la virulence de l'agent pathogène à cause des conditions nouvelles déterminées chez le sujet âgé par l'anesthésie générale, par le traumatisme et la compression exercée par le tampon

U. CALAMIDA (de Milan).

Cultures du sang en otologie, par HAYS (*Archives of diagnosis*, janvier 1912).

Les cultures du sang négatives sont utiles en nous faisant chercher d'autres causes que la thrombose des sinus quand il y a température élevée après opérations sur la mastoïde, tandis que les cultures positives confirment les constatations cliniques. La numération des divers globules est bien moins importante que les cultures dans ces cas.

MENIER (de Figeac).

Abcès temporaux profonds, par Alfred BRAUN. M. D., New-York (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1912.)

Une collection purulente dans la mastoïde qui n'est pas ouverte à temps peut se créer une voie dans plusieurs directions différentes:

a) A travers l'oreille moyenne s'il existe une perforation du tympan et que l'aditus ne soit pas obstrué par des granulations ou des fongosités.

b) A travers l'oreille moyenne mais en fusant ensuite sous le périoste du conduit pour arriver à la surface de la mastoïde et faire croire ainsi à une perforation de la corticale.

c) A travers le plancher ou la paroi antérieure de la caisse pour

fuser le long du tissu cellulaire qui entoure la trompe et aller former un abcès dans le voile du palais, dans les piliers ou dans l'espace rétro-pharyngé.

Si c'est une mastoïdite chronique il peut se faire une nécrose, avec fistule consécutive de la paroi postérieure ou de la paroi supérieure du canal, réalisant ainsi une sorte de cure radicale.

Si le pus gagne du côté du cerveau on peut avoir suivant le point où se fait la perforation de la table interne une collection dans l'étage moyen ou dans l'étage inférieur du cerveau.

Mais le pus peut gagner directement par le labyrinthe ou le conduit auditif interne.

Enfin le pus peut, après avoir perforé la corticale, former une collection dont le siège variera suivant le point de la corticale où s'est faite la perforation, et qui est commandé par la disposition des aponeuroses de la région.

C'est ainsi que le pus pourra arriver dans la fosse temporale, après avoir décollé le périoste, et soulever tout le muscle en masse. Dans ce cas le gonflement se trouve surtout en avant et au-dessus de l'oreille; la douleur au niveau de la mastoïde à la pression n'est pas constante; la paroi antérieure du canal est refoulée, ce qui pourrait porter à confusion avec le furoncle. Mais dans l'infection furunculuse la collection est moins profonde; elle est sous la peau et non sous le muscle; il n'y a pas de sensibilité de la mastoïde, les tiraillements des parois cartilagineuses sont douloureux. Le gonflement des parois du conduit dans l'abcès temporal profond n'est pas douloureux à la pression, tandis qu'il l'est dans le furoncle, et ce gonflement dans le premier cas est le plus souvent limité à la portion osseuse, tandis qu'il l'est à la portion cartilagineuse, dans le second cas. Pour ouvrir une collection temporale, profonde au cours d'une opération de la mastoïde, on doit faire remonter beaucoup plus haut l'incision, et diviser le muscle temporal dans toute son épaisseur.

Suivent trois observations de cette variété d'abcès et quelques schémas. KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Cinq cas de thrombophlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire, par SAMUELSSON (*Otologiska meddelanden*, fasc. I, 1912, p. 176).

Dans ces cinq cas il y eut issue fatale par leptoméningite purulente.

La méningite se produisit 1, 2, 3, 6 et 9 jours après qu'on eut découvert le thrombus. Dans les cinq cas la méningite avait été provoquée par l'affection sinusienne; en effet au voisinage du sinus il existait une pachyméningite interne qui à son tour avait provoqué la leptoméningite purulente. JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Contribution à la casuistique de la thrombose otogène du sinus, par KUTVIRT (*Casopis ceskych lekaru*, n° 10, 1912).

L'auteur utilise la publication de ses 5 cas pour montrer la valeur de la ligature de la jugulaire. Dans le 1^{er} cas après ouverture d'un grand abcès extradural les parois du sinus étaient épaissies et de couleur

gris-jaunâtre. On attendit pour opérer sur le sinus. Guérison sans deuxième intervention. Dans le 2^e cas il s'agissait d'une carie nécrotique avancée. Après la deuxième trépanation large, il se développa une thrombose du sinus latéral et en même temps des signes de tuberculose disséminée. L'autopsie révèle une thrombose de tous les sinus voisins, des tubercules sur le cerveau et le cervelet. Dans le 3^e cas on trouva un petit thrombus purulent pariétal au voisinage du bulbe de la jugulaire. Mort par septicémie. Dans le 4^e cas l'autopsie indiqua un thrombus isolé du sinus pétreux inférieur. Sinus latéral et sinus transverse normaux. L'os ne paraissait pas microscopiquement altéré. Dans le 5^e cas on enleva un thrombus du sinus transverse et du sinus latéral et après ligature basse de la jugulaire on retira de celle-ci un thrombus suppuré. Guérison. L'auteur est par suite de la même opinion que Stenger : dans les cas où on ne trouve pas de foyer purulent dans le sinus après la trépanation de la mastoïde et où il s'est agi probablement d'un thrombus pariétal qui s'est déjà morcelé et a déjà envahi l'organisme, les ligatures de la jugulaire ont une valeur très douteuse.

R. IMHOFER (de Prague).

Un cas de pachyméningite interne purulente d'origine otitique, par RIMINI (Trieste). *Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIII Bd. 3 Heft.

Il s'agit d'un malade de 26 ans, atteint d'une otite chronique purulente de l'oreille gauche et chez lequel survinrent de graves symptômes de suppuration qui cessèrent dès l'ouverture du sinus. A la suite de cette intervention, une suppuration liée à la ligature de la jugulaire que l'on avait dû pratiquer, fut arrêtée par ouverture et drainage. Après cela, température normale pendant 10 jours environ, sauf quelques maux de tête passagers. Tout d'un coup apparition de vomissements et de vertiges qui nécessitent l'intervention radicale avec ablation d'un séquestre. Ces troubles avaient complètement l'apparence des troubles vestibulaires, notamment les vertiges, les vomissements et le nystagmus. Cinq jours après l'opération radicale, le malade se plaint de violentes douleurs de tête et surtout localisées du côté opposé à l'oreille malade, c'est-à-dire dans la région temporo-pariétale droite. Ponction lombaire qui démontre la présence d'une méningite. Le lendemain, apparition d'une paralysie faciale gauche et des membres supérieurs et inférieurs gauches, de nature nettement corticale.

Dans ce cas, il y eut donc trois stades distincts : troubles de suppuration, puis troubles d'irritation de l'oreille interne à gauche, et enfin abcès sous-durémérien de l'hémisphère droit avec ses conséquences sur le facial et les membres.

Comme conclusions thérapeutiques et pronostic, il est clair que l'intervention la plus précoce possible sera seule capable d'assurer une issue favorable.

G. CANY (La Bourboule).

Déhiscence de l'apophyse au niveau du sinus, par Gustav BRÜHL, de Berlin (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1912, 3 Heft).

Il s'agit d'un rocher qui présente une déhiscence longue de 1 cm.

et large de 1/2 cm. au niveau de la suture pétro-squameuse à 9 mm. en arrière du conduit auditif externe. Cette ouverture correspond au sinus latéral anormalement procidant et qui se trouve de la sorte en rapport immédiat avec les parties molles sous-cutanées.

L. GIRARD (de Paris).

Contribution à la thérapeutique par les sérums et vaccins dans le traitement des complications intracrâniennes consécutives aux suppurations de l'oreille moyenne¹, par A. LOGAN TURNER, M. D., F. R. C. S. E. (in *The Journal of laryngol., rhinol. and otol.*, n° 6, juin 1912).

L'auteur ne se propose en aucune façon de rappeler les travaux des autres, mais de présenter seulement les faits qu'il a observés en insistant seulement sur les points principaux.

A. Sérothérapie. — Cinq cas furent traités avec du sérum antistreptococcique, consécutivement à l'opération ; trois guérirent et deux moururent. Quatre se trouvaient être des cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne dont un associé avec de la labyrinthite tandis que le cinquième était un cas d'otite moyenne aiguë avec symptômes labyrinthiques. Les complications intracrâniennes étaient les suivantes : 3 leptoméningites aiguës, une thrombose du sinus sigmoïde, une méningite séreuse. Cette dernière et deux cas de leptoméningite aiguë guérirent, les autres moururent. Les injections consistent en 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique sous la peau à chaque séance, ou encore moitié sous la peau et moitié dans le canal rachidien ces doses fréquemment répétées tous les jours ou tous les deux jours.

B. Vaccinothérapie. — Quatre malades ont été traités par l'administration des vaccins autogènes ; il s'agissait chez les quatre d'une thrombose du sinus dont deux associées à une méningite. Trois guérirent et un mourut. Les vaccins étaient injectés en nombre variable, tous les jours pendant 4 ou 5 jours. Dans tous les cas, il s'agissait d'otorrhée chronique. Les organismes qu'on trouva dans les foyers infectés étaient les suivants : bacillus proteus vulgaris et streptococcus aureus (cas 6), bacillus coli (cas 7), streptococcus pyogenes, bacillus proteus vulgaris et staphylococcus aureus (cas 8), streptococcus pyogenes (cas 9). Tous les malades furent opérés, et on employa pour les injections des vaccins autogènes.

Logan Turner conclut que pour lui, il n'est pas douteux que sérums et vaccins ont joué un rôle certain dans les neuf cas qu'il rapporte et qu'on ne doit pas hésiter à y recourir en présence d'une complication crânienne, et il termine en adressant ses remerciements au docteur F. Edmond Reynold et à ses aides qui ont fait toutes les préparations bactériologiques.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

1. Rapport pour les années 1910 et 1911 du service des oreilles et de la gorge de l'infirmerie royale d'Edimbourg.

II. — NEZ ET SINUS**Sur l'opération radicale du carcinome de l'orbite et du nez**, par E. PÓLYA (*Zeitschr. f. Laryng.*, vol. IV, fasc. 3, p. 313, 1914).

Il arrive fréquemment que le cancer des paupières envahisse l'orbite et de là les cellules ethmoïdales ou l'antre d'Highmore; il est plus rare que le cancer du nez s'étende aux paupières et de là gagne l'orbite. Comme il s'agit dans ces cas d'épithéliomas pavimenteux qui ne forment des métastases que tardivement, on est autorisé à faire une opération radicale, même pour de très grosses tumeurs.

Cette opération exigeant l'évidement de l'orbite, crée une vaste plaie dont la guérison est très lente et le résultat plastique très mauvais, sans possibilité de prothèse par œil artificiel. Depuis quelques années, l'auteur emploie avec succès le plombage iodoformé de la cavité orbitaire et il suture par-dessus les paupières après avivement de leurs bords libres et enlèvement de la conjonctive; dans les cas où les paupières manquent, il ferme l'aditus orbitaire avec un lambeau de peau du front. De cette façon, si le plombage tient, on obtient une cicatrisation par première intention, et, s'il est expulsé ultérieurement, le traitement consécutif est notablement simplifié et moins pénible à la fois pour le médecin et le patient.

Mais lorsque le nez et ses cavités accessoires communiquent avec l'orbite évidé, les conditions sont plus défavorables que dans le simple évidement orbitaire, non seulement pour la plastique, mais encore parce que l'air et les sécrétions nasales pénètrent dans la cavité orbitaire, et il ne saurait être question dans ces cas de plombage. L'auteur propose alors pour de tels cas de créer entre la cavité orbitaire et le nez, par ablation des cloisons osseuses, une communication aussi large que possible, et d'obturer ensuite l'aditus orbitaire avec un lambeau cutané du front, de la tempe ou de la face. Par là se trouve formée, aux dépens de l'orbite, une nouvelle cavité accessoire du nez; les sécrétions peuvent s'écouler dans le nez, la plaie de la face peut être réunie par première intention et l'orbite être tamponné par le nez. On raccourcit ainsi notablement le temps de cicatrisation et l'on obtient un résultat plastique sinon idéal, du moins acceptable.

L'auteur a appliqué ces principes dans sept cas, et il nous en montre les résultats dans une série de photographies distribuées en six planches jointes au mémoire. E. HÉDON (de Montpellier).

Les anosmies, par CASTELLANI, de Milan (*Il pensiero medico*, 7 juillet 1912).

L'auteur distingue avec Onodi 3 sortes d'anosmies : 1° anosmies vraies; 2° anosmies mécaniques; 3° anosmies fonctionnelles; elles peuvent être permanentes ou temporaires, uni ou bilatérales; à leur tour les anosmies sont centrales ou périphériques. Les périphériques ont pour cause une altération de la membrane de Schneider et des cellules de Schultze; elles peuvent être dues aux lavages, aux pulvé-

risations faites avec des solutions toxiques ou caustiques, aux traumatismes et névrites. Les anosmies centrales peuvent être de cause extra ou intracérébrales. Dans le premier cas, la lésion peut siéger sur le bulbe ou la bandelette olfactifs, sur les os voisins, sur les méninges; dans le second cas, il s'agit de lésions siégeant sur le trajet des voies olfactives cérébrales (dans ce groupe rentrent aussi les anosmies congénitales). L'étiologie des anosmies mécaniques n'a pas besoin d'être plus longuement exposée. Les anosmies fonctionnelles sont en relation avec les névroses et l'hystérie. Citons enfin les anosmies séniles, les héréditaires, celles de la ménopause et enfin celles dues à des maladies de la nutrition (arthritisme, diabète). L'auteur a eu de bons résultats avec le courant galvanique employé par voie endonasale et par le massage vibratoire de la muqueuse. Une bonne formule de poudre excitante est celle qu'il indique :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 10 centigr.
Lactose.....	7 gr.
Sous-nitrate de bismuth.....	3 gr.

Priser 3 fois par jour.

MENIER (de Figeac).

Le maxillaire supérieur. Discussion sur son développement particulier, par E. G. SEIBERT, Washington (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1912).

Le maxillaire supérieur, la clef de voûte de la face comme on l'a appelé, est en effet la partie la plus importante du squelette de la face.

L'auteur, après avoir décrit l'anatomie et l'embryologie de cet os, insiste sur tous les canaux qui le traversent et qui logent des nerfs.

Tout trouble dans le développement du maxillaire supérieur retentira sur la respiration, et, secondairement, sur la nutrition et la digestion; or ce développement sera surtout retardé par toutes les causes susceptibles de gêner la respiration nasale, comme les végétations adénoïdes, les amygdales hypertrophiées, les déviations de la cloison. Aussi devra-t-on opérer l'enfant, et le plus tôt ne sera que le mieux, le maxillaire supérieur accomplissant la plus grande partie de son développement dans les premières années de la vie.

Si on est intervenu trop tard, on se trouvera en présence de déformations du maxillaire et il sera nécessaire dans certains cas d'enlever les dents qui s'opposent à l'adaption parfaite des arcades dentaires.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Polype choanal, par BEAL, de Clermont-Ferrand (*In Bulletin de Laryngologie*, avril 1911).

Il s'agit d'une tumeur double, lisse, très dure, blanche du volume de deux noix occupant le caveau, reliée par un pédicule à une poche kystique logée dans le sinus maxillaire. Ablation très simple par les voies naturelles. L'auteur insiste sur la nécessité d'une exploration complète avant l'intervention, sur la facilité de l'ablation par la section du pédicule au travers de la fosse nasale au niveau de la tumeur elle-même. Le pédicule conservé aussi long que possible sera enroulé autour d'une pince de Kocher et servira le plus souvent à emmener le kyste occupant le sinus.

F. LAVAL (de Toulouse).

Quelques observations d'obstruction nasale, par R. DE SANTALÓ (*Revista de Sanidad Militar*, janvier 1912).

Ce sont 5 histoires d'obstruction nasale unilatérale qui permettent à M. de Santaló de signaler l'importance de la respiration nasale complète, non seulement sur l'hématose, mais encore sur l'audition ; il ne faut donc pas s'appuyer sur l'amplitude compensatrice de l'autre fosse nasale pour assurer une respiration suffisante ; l'auteur conseille donc toujours d'intervenir. E. BOTELLA (de Madrid).

Les atrésies choanales congénitales, par J. CISLER (*Casopis lekaruv ceskych*, 1912).

Cisler décrit un cas d'atrésie de ce genre (choane droite) chez un garçon de 13 ans. La lamelle osseuse était située un peu en avant du niveau de la ligne marginale inférieure du septum et de la choane et avait une direction oblique d'avant en bas vers le haut et l'arrière. Opération : simple perforation avec le stylet de Hartmann et dilatation de l'ouverture. L'auteur décrit ce cas surtout au point de vue des théories de Siebenmann et de Körner-Waldow, à savoir si l'élévation du palais est congénitale et est un phénomène partiel de la leptoprosopie ou si la gêne respiratoire entraîne comme conséquence le développement de la surélévation palatine. Dans ce cas, l'index facial était de 50 : le cas devrait donc être rangé dans la chamceprosopie ; l'index palatin était 45, 9 (c.-à.-d. plutôt palais abaissé). Après considération exacte de toutes les circonstances de ce cas, Cisler croit que la conformation du palais et des maxillaires doit, conformément à la théorie de Siebenmann, être regardée comme congénitale.

R. IMHOFFER (de Prague).

Contribution à l'étiologie, à la pathologie et au traitement de la rhinite atrophique, par Joseph BECK, M. D., Chicago (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1912).

L'auteur qui a déjà traité de cette question reste toujours convaincu que les sinus, et plus particulièrement le sinus ethmoïdal, sont toujours infectés dans la rhinite atrophique, sans pouvoir assurer si cette infection des sinus est primitive ou secondaire.

La rhinite atrophique se rencontre plus souvent chez la femme, et l'état général doit être généralement incriminé. L'auteur, ayant trouvé une grande proportion de fibrine dans les croûtes, fut amené à examiner le sang de ses malades, et il constata que ce sang contenait également deux fois plus de fibrine que le sang normal, ce qui l'amena à formuler un régime spécial : l'abstention du sel de cuisine et des aliments contenant beaucoup de sels de chaux.

Il emploie également la paraffine, mais vu la friabilité de la muqueuse qui se déchire sous la moindre pression, il préfère, aux injections faites suivant le procédé ordinaire, l'inclusion de paraffine sous la muqueuse préalablement décollée après dissection. Il remplace les grands lavages du nez par des badigeonnages avec une solution aqueuse de thigénol à 25 %, et les humages d'eau oxygénée.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Obstruction nasale due à ostéomes de l'arrière-nez,
par STURM, de Leigh (*British medical journal*, 16 mars 1912).

Enfant de 11 ans présentant une hypertrophie osseuse des queues des cornets inférieurs avec comme résultat obstruction totale. Aucun instrument ne put mordre sur ces ostéomes qui avaient le volume de cerises et la dureté de l'ivoire.

MENIER (de Figeac).

Technique des injections de paraffine solide dans le traitement de l'ozène et dans les déformations nasales externes, par SUÑE Y MEDAN (*Therapia*, février 1912).

De tous les traitements employés pour combattre l'ozène, celui qui a donné les meilleurs résultats est le traitement par les injections de paraffine, surtout si on entend par guérison la disparition des croûtes et la suppression de la fétidité. Ce traitement a contre lui qu'il ne peut être appliqué dans de nombreux cas à cause de l'extrême minceur de la muqueuse et parce qu'il a une technique un peu délicate. Dans les prothèses pour corrections externes, le procédé a une plus grande valeur, mais le succès dépend également de certains petits détails dont on doit tenir compte.

Instrumentation : Les modèles les plus connus de seringues sont ceux de Mahu, Broeckart, Lermoyez, Malzi, Lagarde, Gault, Brünings et Botey. Suñe donne la préférence à celle de Botey qui est une modification des modèles de Lermoyez et Lagarde. Il remplace le ressort qui pousse la roue dentée et qui se casse facilement par un autre plus fort.

Paraffine : Le point de fusion de la paraffine est un détail très important ; il sera différent suivant l'usage auquel on le destine ; pour les cas d'ozène, il ne doit être ni trop bas — parce qu'alors elle est trop molle et peut être absorbée — ni trop haut — parce qu'alors elle se solidifie en dehors de la canule et provoque des brûlures. Une paraffine fusible à 47° est la meilleure. En revanche, pour les prothèses externes, la paraffine fusible à 50° doit être préférée.

Préparatifs : Si la paraffine est en tubes, il n'y a rien à dire ; si elle est en masses, le mieux est de la faire fondre et par décantation de remplir la seringue.

Dans les prothèses, l'antisepsie de la région se fait suivant le mode courant. Chez les ozéneux, l'auteur estime suffisant de nettoyer les fosses nasales des croûtes qui l'encombrent à l'aide de pinces et de coton, sans qu'il soit nécessaire de faire des lavages ou des substances antiseptiques.

Pour l'anesthésie, les solutions d'alypine à 2 ou 3 % sont préférables à celles de cocaïne qui rétractent considérablement la muqueuse. Pour les prothèses, il n'est pas nécessaire d'anesthésier ; mais si l'on veut, on peut utiliser celle que procure le jet de chlorure d'éthyle ; mais il a l'inconvénient que le froid sur la peau solidifie rapidement la paraffine.

Modus faciendi : La canule doit être introduite parallèlement à la muqueuse, en commençant par la partie la plus postérieure et en la retirant petit à petit. Pour les prothèses, il est difficile de donner

des règles, car cela dépend de la forme, de la grandeur, etc., du creux qu'il faut remplir.

En général, Suñe recommande d'introduire l'aiguille de bas en haut et d'aller déposant la paraffine au fur et à mesure qu'on la retire. Ce procédé nous paraît plus dangereux et expose à ce que la paraffine s'échappe vers le front ou les paupières, bien qu'un aide doive être là pour l'empêcher. Dans notre pratique, nous faisons le contraire, c'est-à-dire que nous introduisons l'aiguille de haut en bas jusqu'à ce qu'on arrive à la limite inférieure de la difformité; on dépose alors la paraffine et on retire la canule; il vaut mieux pêcher, si on peut ainsi dire, plus par *défaut* que par *excès* de paraffine; on doit toujours tenir compte qu'une quantité inférieure à l'apparence est toujours suffisante.

La quantité de paraffine que l'on doit injecter chez les ozéneux à chaque séance est aussi un point très important, car pour peu que l'on dépasse les limites de distension de la muqueuse, celle-ci se rompt facilement: les petites quantités sont donc préférables, et l'on doit cesser d'introduire de la paraffine aussitôt que la muqueuse devient blanche. Les injections peuvent se faire des deux côtés dans la même séance, et on peut les répéter tous les huit jours pour donner le temps à l'orifice laissé par la canule de se fermer, car la nouvelle injection de paraffine sortirait si on la répétait trop tôt.

Les soins consécutifs à l'injection n'offrent rien de particulier; il suffit de mettre un petit tampon de coton pour combattre la petite hémorragie produite par la ponction, de faire les jours suivants des lavages alcalins et de mettre une pommade boriquo-mentholée qui nettoie les croûtes des fosses nasales: cela suffit.

Les difficultés proviennent dans l'ozène de la fragilité de la muqueuse, et, quand l'atrophie est forte, de ce que les régions profondes sont peu accessibles. Dans les prothèses, au contraire, c'est le durcissement fibreux de la peau, et il n'y a pas de plan osseux qui soutienne par en dessous la paraffine.

Les accidents, dans les injections intra-nasales sont: la rupture de la muqueuse qui donne issue à la paraffine, les abcès de la cloison et les hémorragies.

Les hémorragies sont facilement arrêtées; les abcès de la cloison, douloureux évidemment, peuvent parfois favoriser le traitement s'ils laissent des grosseurs; la rupture de la muqueuse est l'accident le plus important et ne peut être dominée dans de nombreux cas: Botey conseille l'injection préventive d'eau stérilisée qui détache la muqueuse sans la rompre. Suñe emploie le sérum physiologique dans le même but.

Les accidents dans les cas de prothèse sont plus terribles: embolie de l'artère centrale de la rétine, thrombose de la veine ophtalmique, œdème palpébral, mortification de la peau, etc. Nous y ajouterons le phlegmon de l'orbite. Heureusement que ces accidents, depuis qu'on emploie la paraffine à un point de fusion moins élevé se font de plus en plus rares.

E. BOTELLA (de Madrid) et B. DE GORSSE (de Luchon).

Dix ans de pratique de « l'opération de Claoué » pour le traitement de la sinusite maxillaire chronique, par CLAOUÉ (*Gaz. heb. des sciences méd.*, Bordeaux, 21 avril 1912).

L'auteur fait rapidement l'historique de sa méthode de traitement des sinusites maxillaires par la résection large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus. Ce procédé opératoire employé en France et à l'étranger par un grand nombre de rhinologistes est simple et facile et, même chez les pusillanimes, peut sans inconvénient être fait en deux fois à une semaine d'intervalle (tiers antérieur du cornet inférieur d'abord, puis dans une autre séance, ouverture du sinus). Dans la plus grande majorité des cas, 80 %, on obtient par cette seule opération une guérison durable. Employée dans les sinusites banales courantes, où le sinus présente simplement une muqueuse œdématisée, susceptible de reprendre son intégrité lorsqu'on supprime la rétention du pus, la méthode de Claoué donne d'excellents résultats. Dans les autres cas, on aura recours à l'opération de Caldwell-Luc qui permettra de cureter et de mieux drainer le sinus maxillaire.

BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

L'enquête sur l'ozène aux Etats-Unis, par E. MAYER, de New-York (*Medical record*, 29 juin 1912).

L'auteur chargé de l'enquête sur l'ozène en Amérique expose les bases qui sont les mêmes que celles de l'enquête poursuivie en Allemagne sur la demande du Congrès international de laryngologie de Berlin (1911).

MENIER (de Figeac).

Ablation par l'opération de Denker d'un papillome dur de la région ethmoïdo-sphénoïdale, par HANNEMANN (Rostock) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXV Bd., H. 1).

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui avait été opérée quelques années auparavant d'un carcinome et qui présentait une tumeur de la fosse nasale gauche. Dans la perspective d'une récurrence à cette place, la malade avait été adressée à l'auteur.

Opérée par le procédé de Denker on put se convaincre qu'il s'agissait seulement d'un papillome simple et l'auteur croit que, en raison de l'éloignement de l'opération, il n'y a sans doute rien à craindre comme récurrence possible et comme nature maligne de cette tumeur. En tous cas il émet l'opinion que la biopsie elle-même n'aurait pu renseigner sur la nature maligne possible de cette tumeur ; car rien ne démontrerait que l'un des points non considérés n'aurait pas été atteint par la dégénérescence maligne.

CANY (La Bourboule).

Un cas d'occlusion membraneuse congénitale des choanes, par FERNANDEZ VATILLA (*Gaceta Médica del Norte*, Bilbao, janvier 1912).

L'auteur n'a pas trouvé plus de 100 et quelques cas d'occlusion membraneuse congénitale des choanes, dans la littérature médicale.

Celui qu'il publie se rapporte à un homme de 36 ans qui se plaignait de n'avoir jamais respiré par le nez ; les fosses nasales étaient remplies de mucosités que le malade ne pouvait expulser. Le stylet butait au fond contre un obstacle de consistance fibreuse, et, par

rhinoscopie postérieure, on voyait les choanes complètement obstruées par une membrane de couleur rosée qui, enchâssée dans le cadre osseux choanal, s'insérait sur la partie médiane un peu en avant du bord postérieur de la cloison. Celle du côté gauche présentait vers la cloison un petit orifice de la grosseur d'un grain de mil.

L'olfaction était abolie et l'audition, du côté droit, était de 0 m. 03 pour la montre. Voix nasillarde.

Sous anesthésie cocaïnique et Bonain, on fit au galvano une incision cruciale suivie de dilatation à la pince.

La membrane avait en quelques points un demi-centimètre d'épaisseur.

La perméabilité nasale rétablie, la voix se modifia, l'odorat revint et l'ouïe fut meilleure.

Quatre mois après, le même résultat persistait, ce qui fait penser à une guérison permanente.

Nous n'en douterions pas si l'auteur, avec des pinces coupantes appropriées avait extirpé toute la membrane au lieu de se contenter de l'inciser.

E. BOTELLA (de Madrid).

Recherches sur le rhinosclérome, par V. LIUBINSKY (Assemblée des bactériologistes du 3 au 9 janvier 1911 à St-Petersbourg, in *Prakticheskoy Vrach*, 20 mars 1911).

Dans 53 cas de rhinosclérome, la réaction de la déviation du complément a donné des résultats positifs; chez 300 sujets sains, et 90 malades atteints de syphilis, d'ozène, etc., mais n'ayant pas de rhinosclérome, les résultats ont été négatifs. Chez 12 malades, l'auteur a fait une expérience d'opsonisation, les résultats ont été encourageants: les nodules se sont résorbés, la sténose a diminué, les malades ont pu reprendre leur travail, mais il n'y a pas eu de guérison complète.

M. DE KERVILY (de Paris).

Quelques idées pour le traitement des maladies nasales, par SCHMIT, de New-York (*Medical record*, 4 mai 1912).

Notions générales sur le traitement conservateur des sinusites par les lavages et les ponctions ainsi que par le traitement au moyen de l'aspiration.

MENIER (de Figeac).

Les tumeurs muqueuses des cellules sphénoïdales et étiologie de ces tumeurs, par le Médecin militaire RHESE (Königsberg) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV Bd., H. 2).

Il s'agit de trois cas qui ont pu être diagnostiqués tumeurs muqueuses de l'antre sphénoïdal. Dans deux de ces cas on constata une perte de substance sur le toit même de l'antre et on put voir à travers cet orifice les membranes du cerveau et leur pulsation. L'origine de ces tumeurs paraît très complexe. Il faudrait, selon l'auteur, différencier les tumeurs qui ont leur origine dans la présence de kystes, cas vraisemblablement très rares, et celles qui ont pour origine l'obturation de l'ostium. On pourrait en outre supposer que des éléments muqueux venus des cellules ethmoïdales sont venus se développer dans les cellules sphénoïdales. L'obturation de l'ostium est causée par plusieurs processus: périostites, abcès, déviations très

haut placées du septum, cautérisations, etc. Toutes les inflammations chroniques des parties supérieures des fosses nasales et des récessus sphéno-ethmoïdaux sont pour une grosse part dans la production de ces tumeurs. Il est clair que toute position vicieuse ou toute perméabilité exagérée de l'ostium favorisent singulièrement la production de ces tumeurs.

CANY (La Bourboule).

L'iodival dans l'ozène, par REINSCH (*Zeitschrift für ärztl. Fortbildung*, n° 8, 1912).

A la clinique oto-rhino-laryngologique de Düsseldorf on emploie comme préparation iodée l'iodival dans tous les cas d'ozène d'origine syphilitique, ou tuberculeuse, car même avec un emploi prolongé, il est bien toléré par les sujets débiles et par les enfants. L'effet de l'iode se manifeste rapidement ; on n'observe pour ainsi dire jamais le coryza ou l'acné iodique. Il n'est jamais nécessaire d'interrompre la médication iodée à cause des effets accessoires comme cela arrive souvent au contraire avec les iodures alcalins. MENIER (de Figeac).

La rhinite aiguë essentielle (coryza) des nouveau-nés, par RABASA (*Boletín Médico*, Lérida, avril 1912).

Le coryza, maladie commune et qui ne produit que quelque gêne chez l'adulte, prend assez du gravité dans les premiers âges de la vie, parce que l'obstruction nasale gêne considérablement l'alimentation et peut être, de plus, la cause de complications de voisinage, soit dans les oreilles (otites), soit au larynx (spasmes glottiques).

L'origine du coryza paraît être infectieuse et peut être attribuée aux microbes qui se rencontrent normalement dans la fosse, à l'état de saprophytes, soit qu'ils augmentent leur virulence, soit que la résistance du terrain soit diminuée, en particulier pour ce qui est du pouvoir bactéricide du mucus nasal.

Rabasa ne se montre guère partisan, dans le traitement, de la douche nasale, soit douche d'eau, soit douche d'air, à cause du péril que font courir les mucosités aux trompes. Il donne la préférence à la succion à l'aide de l'appareil d'Escat appelé *mouche-bébé* et aux pommades de résorcine à 1/2 pour 100, ou d'aristol à 1 pour 30 ; il rejette absolument les pommades de menthol qui peuvent engendrer des spasmes glottiques extrêmement graves, car nombreux sont déjà les accidents que l'on a observés avec leur emploi.

E. BOTELLA (de Madrid).

Le traitement de l'ozène par l'injection sous-muqueuse et l'implantation de paraffine solide, par WETTERSTADT (*Norsk magasin for Lægevidenskaben*, 1912, p. 189).

L'auteur a fait dans 10 cas des injections de paraffine et obtenu la guérison dans 3 cas et l'amélioration dans 7 ; en outre, dans 5 cas il a essayé l'implantation sous-muqueuse en partie sur le septum en partie sur le plancher des fosses nasales et sur la paroi latérale ; dans 3 cas il a obtenu un bon résultat ; dans le 4^e, le résultat fut incomplet à cause d'une phthisie pulmonaire progressive et enfin dans le 5^e cas il n'y eut qu'une amélioration insignifiante (perforation de la muqueuse avec infection secondaire).

MENIER (de Figeac).

Ma technique actuelle sur la cure radicale des suppurations chroniques du sinus frontal, par Luc (*Zeitsch. f. Laryng.*, vol. IV, fasc. 3, p. 273, 1911).

Luc est le premier à avoir traité chirurgicalement les suppurations non compliquées du sinus frontal (c'est-à-dire les formes diagnostiquées rhinoscopiquement) par la méthode de l'ouverture extérieure du sinus, combinée à un drainage nasal au moyen d'un tube de caoutchouc passant par les cellules ethmoïdales antérieures effondrées et sortant par l'orifice narinaire (avril 1893). Cette technique donna de bons résultats dans plusieurs cas ; dans d'autres, la suppuration ne fut point tarie, et quelques opérés succombèrent à des complications intracraniennes.

Les choses en étaient là, lorsque Taptas (1900) et Killian (1902) proposèrent une nouvelle technique basée sur ce double principe : 1° la suppression de la cavité suppurante ; 2° l'établissement d'une communication beaucoup plus large qu'on ne l'avait faite jusqu'alors entre le sinus frontal et la fosse nasale, à travers l'ethmoïde. La première partie de ce programme n'était pas absolument nouvelle, car Kuhn avait déjà proposé la résection complète de la paroi antérieure du sinus et l'application de la peau du front sur la paroi postérieure. Toutefois, Taptas et Killian améliorèrent cette technique en conservant un pont osseux correspondant au sourcil pour éviter la déformation. Luc retira de l'application de la technique de Killian d'excellents résultats, mais à la suite des observations de Jacques, il pensa, tout en restant fidèle à la méthode, que l'on pouvait y apporter certaines modifications, au moins pour la majorité des cas. La suppression de la cavité du sinus n'est pas en effet la condition principale du succès de la méthode ; car nous voyons bien par l'exemple du sinus maxillaire que la guérison d'une vieille suppuration de l'antre peut avoir lieu sans affaissement des parois. Mais la deuxième condition est essentielle, savoir la large communication du sinus avec le nez.

La simplification de technique proposée par Luc consiste d'abord en ce que l'opération est faite sans anesthésie générale, mais avec une simple anesthésie locale à la cocaïne-adréaline pour la muqueuse nasale, à la novocaïne en injection pour la peau de l'orbite ; en second lieu, dans la réunion primaire de la plaie orbitaire. Le sinus est trépané à l'angle supéro-interne de l'orbite et exploré à la sonde dans toutes les directions. Si la cavité ne dépasse pas la partie moyenne du front vers le haut, ni le milieu du sourcil en dehors, l'auteur résèque le plancher du sinus aussi loin que possible dans la profondeur de l'orbite, le processus frontal du maxillaire supérieur et l'os nasal, pour se créer une large voie d'accès à l'ethmoïde. La muqueuse du sinus anesthésiée par un tampon imbibé de cocaïne-adréaline, est ensuite soigneusement curetée, ce qui se fait sans douleur ni hémorragie notable. L'ouverture de la partie antérieure de l'ethmoïde doit alors être faite aussi largement que possible, car c'est la condition *sine qua non* qui assure l'écoulement et la réussite de la réunion primaire, sans danger de réinfection ou de complication intra-cranienne.

Dans les cas, non très rares, où le sinus est très étendu en dehors vers la fosse temporale, Luc se contente encore de l'ouverture de la paroi inférieure dont il pousse la résection en dehors. Seulement il maintient pendant quelques jours l'angle externe de la plaie à demi-ouvert au moyen d'un gros drain qu'il enlève plus tard lorsque la suppuration a cessé.

Pour les cas exceptionnels, où le sinus s'étend très loin en hauteur, jusqu'au cuir chevelu, Luc enlève la paroi antérieure du sinus, en ménageant entre les deux orifices un pont osseux, comme dans la technique de Killian. Il ajoute seulement à l'incision cutanée ordinaire une incision verticale suivant un des plis de la peau du front. Il désinfecte la cavité à l'eau oxygénée, puis à la teinture d'iode, et saupoudre enfin d'iodoforme. Le pansement est laissé en place 9-10 jours, temps au bout duquel la plaie est fermée et les points de suture sont enlevés.

Si après quelques jours, la suppuration de l'infundibulum n'a pas complètement cessé, Luc pousse par l'orifice intra-nasal, du côté du sinus, au moyen d'une sonde recourbée, à double courant, des injections d'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée.

Luc rapporte quelques observations de sinusites frontales opérées par cette technique et y joint des photographies montrant le résultat plastique de l'opération. E. HÉDON (de Montpellier).

Sur les résultats de l'opération de Caldwell-Luc dans la cure des suppurations chroniques du sinus maxillaire, par H. PAPE, de Breslau (*Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Luftwege*, Bd, LXIII, 1^o u. 2^o Heft).

Exposé et critique des indications et de la technique opératoire de cette méthode. L'auteur la préfère telle qu'elle a été en particulier décrite par Luc et trouve les différentes modifications qu'on lui a apportées un recul plutôt qu'un progrès.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Cannes).

Sur le traitement conservateur des sinusites du nez, par N. ZACK, privat-docent (*Messenger russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, juin-juillet).

Dans les coryzas purulents rebelles chez les enfants où l'on pouvait soupçonner une affection des cavités annexes, l'auteur a obtenu dans la plupart des cas une guérison complète et stable par des cautérisations répétées de la muqueuse du cornet inférieur et du conduit moyen du nez au moyen d'une solution concentrée d'acide trichloracétique. L'auteur eut alors l'idée d'essayer l'application de cet acide dans les empyèmes subaigus et chroniques du nez pour faire disparaître la tuméfaction de la muqueuse dans la région du proc. uncinatus et dans l'infundibulum ou en haut dans la direction de l'ostium frontale ; l'écoulement du pus se trouverait ainsi facilité et l'on se rapprocherait en quelque sorte des conditions normales où les empyèmes aigus guérissent spontanément. Dans les cas chroniques où il n'existe pas de tuméfaction et où il existe un accès plus ou moins facile sous le cornet moyen vers les ouvertures du sinus on pourrait obtenir

encore une autre action. Il existe en effet très souvent sous le cornet moyen sur la paroi médiane du sinus maxillaire une ou plusieurs fontanelles de Zuckerkandl constituées d'une fine membrane conjonctive et il existe souvent 1 à 4 orifices supplémentaires atteignant parfois 4 à 5 millim. de diamètre communiquant avec l'antre d'Highmore ; cette circonstance, ainsi que la possibilité d'une position favorable de l'ostium maxillaire del'antre d'Highmore et sa largeur (atteignant parfois 11 millim. de long et 10 millim. de large) permettent d'espérer que dans certains cas une goutte au moins d'acide trichloracétique pénétrera par ces ouvertures dans le sinus maxillaire malade.

Dans le traitement des empyèmes subaigus et chroniques où il n'y a pas d'indication formelle pour opérer, l'auteur procède ainsi : il badigeonne au moyen d'une solution de cocaïne et d'adrénaline le conduit nasal moyen, le cornet moyen et la fente olfactive. Puis, au moyen d'une sonde très fine entourée d'une très fine couche d'ouate trempée dans la même solution, il pénètre sous le cornet moyen dans l'hiatus semi-lunaire en arrière et en dehors (dans l'highmorite, la frontite ou l'ethmoïdite antérieure) ou dans la fente olfactive (dans l'ethmoïdite postérieure ou la sphénoïdite) en arrière et en haut, jusqu'à ce que la sonde arrive en contact avec la paroi osseuse. Nous arrivons ainsi avec la solution de cocaïne-adrénaline très près de l'orifice de sortie de tel ou tel sinus. La sonde est laissée dans la fente pendant 3 à 5 minutes jusqu'à ce qu'apparaisse de la pâleur des tissus voisins et leur rétraction. On enlève alors la sonde et l'on fait l'aspiration du pus au moyen de l'appareil de Muck.

Une fois qu'on a enlevé le pus et les mucosités qui se trouvaient dans le conduit, on introduit de nouveau une sonde très fine enveloppée d'une couche mince d'ouate trempée, cette fois, dans une solution concentrée d'acide trichloracétique. Puis après une cautérisation suffisante on fait un lavage du nez au moyen d'une solution tiède de bicarbonate de soude pour la neutralisation. On peut faire ainsi disparaître toute douleur qui apparaît après ces cautérisations. Le malade répète ces injections au moyen d'une seringue chez lui s'il apparaît des douleurs au bout de quelque temps après la cautérisation.

Dans les cas où le cornet moyen est fortement replié en bas et en dehors et s'il est difficile de passer sous lui, l'auteur élève le cornet moyen au moyen d'une spatule fine, c'est-à-dire en fait une légère fracture ; ou bien, si le cornet est appliqué fortement à la cloison, il faut le plier encore plus en dehors pour que la sonde puisse passer. La fracture se produit à l'endroit de l'insertion, et il est nécessaire de tranquilliser le malade en le prévenant qu'il entendra un léger craquement. Ces cautérisations sont faites toutes les semaines. Chez lui, le malade fait des lavages du nez au moyen de solutions alcalines et introduit des gouttes de cocaïne-adrénaline. Dès la seconde séance le malade annonce que les douleurs de tête violentes qu'il avait auparavant et l'écoulement de pus (qui au début avait un peu augmenté), diminue notablement. Au bout de 2 à 4 cautérisations l'amé-

lioration est si grande que l'écoulement purulent qui quelquefois persiste, ne présente que très peu de gêne. Si l'on n'obtient pas de résultat après 2 ou 3 cautérisations, il faut appliquer d'autres méthodes de traitement, comme la résection du cornet moyen et cautérisations après guérison de la plaie opératoire. M. DE KERVILY (de Paris).

Voies d'accès et traitement de la sinusite maxillaire,

par RUEDA (*Revista de Medicina y cirugía Practicas*, mars 1912).

L'auteur fait une analyse critique très judicieuse des voies d'accès et des divers procédés employés pour la guérison des sinusites maxillaires.

Il considère avec juste raison que c'est l'état de la muqueuse de l'antré qui doit décider du procédé à employer et il divise chirurgicalement les sinusites maxillaires en deux groupes : 1° celles qui peuvent guérir sans intervention sur la paroi du sinus ; 2° celles qui nécessitent une extirpation des nouvelles formations pathologiques créées sur les parois du sinus. C'est dire qu'il n'y a que deux traitements qui aient leur raison d'être : celui de la simple ponction avec ouverture permanente pour pouvoir irriguer la cavité et celui de la trépanation large qui permet l'inspection complète de la cavité et le grattage de la muqueuse malade.

Les opérations doivent être proportionnées à la lésion : c'est là un principe chirurgical. Si la muqueuse n'est pas attaquée, il suffira de faire une opération *évacuatrice*, une ponction du sinus ; si la muqueuse est malade il faudra faire une opération *modificatrice*, une large trépanation.

Tous les procédés de trépanation du sinus par voie endo-nasale sont considérés par Rueda comme commodes et faciles, mais insuffisants ; malgré tous les efforts faits, on n'a pu trouver de curettes capables d'atteindre tous les récessus.

En résumé, on peut dire que l'unique opération radicale, quand la muqueuse est malade, est celle de Caldwell-Luc qui permet l'inspection complète de la cavité antrale ; lorsque celle-ci ne sera pas nécessaire, quand l'importance de la sinusite consiste dans le *contenu* et non dans le *contenant*, l'évacuation du pus au moyen de la ponction alvéolaire sera la voie préférable, non seulement parce que c'est la voie la plus accessible, mais encore la mieux appropriée au traitement ultérieur que doit suivre le malade.

E. BOTELLA (de Madrid).

Opération des tumeurs de l'hypophyse et ouverture des sinus caverneux, par LEVINGER (Munich). *Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV Bd., H. 4).

Cet article est une revue des techniques diverses employées par les auteurs pour atteindre les tumeurs de l'hypophyse par les différentes voies proposées et pour atteindre également le sinus caverneux. L'auteur donne à l'occasion de chaque technique différente opinion qu'il a pu se faire d'après son expérience personnelle et d'après ses recherches sur les cadavres. CANY (La Bourboule).

III. — LARYNX

Un cas de tuberculose primitive du larynx, par FRANCESCHI
(*La clinica medica*, janvier 1912).

Après avoir démontré l'importance de son observation l'auteur est d'avis que dans les formes tuberculeuses primitives du larynx, à type végétant, néoplasique, quand le poumon n'est pas attaqué, le seul moyen thérapeutique rationnel est la laryngectomie-totale.

U. CALAMIDA (de Milan).

Résection de la branche interne du nerf laryngé supérieur chez l'homme, par MOURE et René CELLER (*Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bord.*, n° 22).

Opération faite pour calmer les douleurs spontanées et l'odynophagie consécutives à une laryngite tuberculeuse. L'incision fut faite sur une verticale parallèle au bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien, bien préférable à l'incision oblique transversale par laquelle on peut léser le paquet vasculaire carotidien. Après quelques jours de souffrances locales, le malade vit disparaître ces phénomènes odyndragiques, les lésions mêmes de la laryngite s'améliorèrent après la névrotomie. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Origine des kystes congénitaux du larynx, par SCHNEIDER (Heidelberg) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV Bd., H. 4).

L'auteur a eu la patience de faire des séries de coupes sur des kystes congénitaux du larynx en ayant bien soin de repérer les coupes afin de retrouver les divers éléments en leur place exacte. Il a ainsi reconnu que les kystes doivent être formés essentiellement par un repli de l'extrémité terminale du ventricule du larynx. Toutefois il exprime l'avis que les kystes congénitaux ne doivent pas exclusivement se reporter à cette origine unique mais que l'on doit encore rechercher avec patience les modalités anatomiques qu'ils présentent afin de débrouiller leurs modes de production variés.

CANY (La Bourboule).

Tuberculose laryngée et grossesse, par BILANCIONI (*Archivio italiano di otologia*, vol. XXII, fasc. 6, 1912).

Selon l'auteur, la tuberculose laryngée diffuse survenant pendant la grossesse est d'un pronostic sérieux ; plus tard se montrent les premiers symptômes, moins grave est le pronostic. La mortalité des enfants issus de mères atteintes de tuberculose laryngée durant la grossesse est très grande.

Dans les familles aisées le pronostic pour la mère est moins grave et encore moins pour l'enfant. Dans le cas de tare héréditaire et surtout de laryngite tuberculeuse, même légère, la grossesse et le mariage doivent être absolument interdits. U. CALAMIDA (de Milan).

Remarques sur le travail de James Strandberg sur le traitement de Pfannenstill, par OVE STRANDBERG (*Allm. svenska läkaretidningen*, n° 22, 1912).

L'auteur critique la statistique de James Strandberg ; celui-ci y a fait rentrer les cas où les malades ne furent pas exacts dans l'ap-

plication du traitement; en outre, les cas (20) sont trop peu nombreux pour faire une statistique; si on élimine les trois cas mentionnés, il y a 16 guérisons apparentes (94 %) sur 17 cas; 5 récidivèrent dans l'espace d'un an. Il paraît que la durée du traitement fut trop courte.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Contribution à la technique de l'ablation des polypes du larynx, par RÉTHI, de Königsberg (*Archiv f. Laryngologie*, t. 26, fasc. 2, 1912).

L'auteur a imaginé une pince à polypes destinée à empêcher la chute du polype dans la trachée lors de l'avulsion; dans un de ses cas en effet le polype tomba dans la trachée et de là dans la bronche et provoqua une pneumonie. Cette pince permet, grâce à sa forme dégagée, de voir ce qu'on fait et les dents de souris qu'elle porte retiennent solidement la tumeur.

MENIER (de Figeac).

Le traitement des symptômes douloureux dans la tuberculose du larynx par les injections d'alcool au niveau du nerf laryngé interne, par George FETTEROLF, M. D.Sc. D., Philadelphie (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1912).

Depuis déjà plusieurs années les injections d'alcool sur le trajet du nerf malade avaient été employées dans le traitement de certaines névralgies rebelles (faciale, sciatique) et c'est Hoffmann le premier qui eut l'idée d'appliquer le même traitement dans les cas de dysphagie au cours de la tuberculose laryngée.

L'auteur décrit alors l'anatomie topographique de la région latérale du cou et le trajet du laryngé supérieur, nerf purement sensitif qui après avoir traversé la membrane thyroïdienne va innervier tout l'intérieur du larynx à l'exception de l'épiglotte dont la sensibilité est sous la dépendance du glosso-pharyngien.

L'auteur préconise, pour ces injections, l'alcool à 75° auquel il ajoute un peu de cocaïne et la technique qu'il emploie est celle recommandée par Hoffmann et qui a déjà été décrite dans les *archives internationales* (janvier-février 1912, page 293). Mais il conseille, quand l'aiguille a été poussée dans les tissus à une profondeur de 1 cent. environ, d'injecter d'abord une goutte ou deux pour s'assurer qu'on n'a pas pénétré à l'intérieur du larynx, auquel cas on en serait prévenu par un accès de toux du malade.

Par des expérimentations sur le cadavre chez lequel il injectait des solutions colorées l'auteur a pu se convaincre que l'injection englobe presque toujours les filets nerveux en cause.

Il termine son travail par le compte rendu de 25 malades traités par cette méthode et qui en ont presque toujours tirés les plus grands bénéfices au point de vue de l'état local.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Sur le cancer du larynx, par POPPI (*Archivio italiano otolog.*, vol. XXII, fasc. 2).

En se fondant sur son expérience personnelle l'auteur est d'avis que la thyrotomie et la résection partielle devraient prévaloir sur la laryngectomie.

U. CALAMIDA (de Milan).

L'anesthésie locale dans la phtisie laryngée au moyen des injections d'alcool, par PAVESI et CURTI, de Pavie (*Gazzetta degli ospedali*, 30 mai 1912).

Les auteurs ont essayé dans la dysphagie tuberculeuse les injections d'alcool dans le nerf laryngé supérieur; ils en ont été très satisfaits. Ils font précéder l'injection alcoolique d'une injection de solution de stovaïne à 2 % pour atténuer la douleur. Ni la fièvre, ni la cachexie ne constituent une contre-indication. L'analgésie obtenue varie de un jour à un maximum de 4 jours. Ils n'ont vu aucun incident sauf de petites extravasations sans importance. MENIER (de Figeac).

Nouveau procédé d'intubation laryngée, par le professeur CRIADO Y AGUILAR (*Revista de Medicina y Cirugia practicas*, mars 1912).

Il s'agit simplement d'une modification dans la façon de rechercher les points de repère laryngés qui servent de guides pour l'introduction du tube, et qui consistent à diriger le doigt explorateur directement à la paroi postérieure du pharynx. De là, en avant de la face postérieure de l'entrée du larynx, à reconnaître alors les aryténoïdes par leur partie postérieure et, le plaçant bientôt dans le repli aryténo-épiglottique droit, à élever l'épiglotte et à la maintenir contre la base de la langue.

Avec cette technique on ne peut pas s'égarer, alors même que les tissus sont modifiés, et la respiration ne peut s'interrompre, car à aucun moment le larynx n'est obturé par le doigt.

E. BOTELLA (de Madrid).

Considérations sur un cas de laryngospasme suivi de mort, par LETO (*Bollettino delle malattie dell'orrecchio*, n° 3, 1912).

L'auteur donne la description clinique d'un cas de laryngospasme suivi de mort avec constatations faites à l'autopsie et recherches histologiques faites sur divers organes.

Dans ce cas, il ne s'agissait pas d'un laryngospasme essentiel en ce sens que la muqueuse du larynx était hyperhémisée, épaissie et ulcérée en divers points.

U. CALAMIDA (de Milan).

Traitement de la tuberculose du larynx par la méthode de Pfannenstill, par TIDESTROEM (*Allmn. svenska läkaretidningen*, n° 22, 1912).

L'auteur a traité 23 cas; 4 sont encore en traitement; chez 5 le traitement fut interrompu. Sur les 14 autres, 10 sont guéris. Dans 6 cas il existait des infiltrations sans ulcérations certaines; ils furent tous guéris. Sur 5 cas d'infiltrations avec ulcérations superficielles, 3 furent guéris et 2 améliorés; 2 cas avec ulcérations profondes furent améliorés. En outre, un cas de tuberculose du pharynx fut guéri. Sur les 10 cas guéris, 8 étaient en bonne santé un an 1/2 après; 2 eurent une récurrence au bout de 6 mois, c'est-à-dire que de nouvelles portions de la muqueuse du larynx furent atteintes, tandis que celles atteintes précédemment demeurèrent saines.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Emploi des solutions autolytiques dans le traitement des cancers inopérables de la gorge, du cou et de la face, par Joseph C. BECK, Chicago.

Encouragé par les bons résultats obtenus par Fichera, de Rome, l'auteur se décida à recourir aux mêmes solutions, qu'il prépare cependant d'une façon un peu différente, et qu'il décrit assez longuement. Employées chez trois malades carcinomateux, elles furent une influence manifeste sur la marche de la tumeur.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Examen histologique des cartilages du larynx chez un sujet inhumé depuis deux mois, par VERGER (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 27).

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie médico-légale d'un individu enterré depuis 65 jours. Il a pu, en pratiquant l'examen histologique du larynx, remarquer que les cellules cartilagineuses avaient conservé le pouvoir de se colorer intégralement par les méthodes actuellement employées en histologie normale et pathologique.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Une forme nouvelle de kératose laryngée, par GEREDA (*Boletín de Laringología, etc.*, décembre 1911).

Jeune fille de 25 ans, enrouée depuis un an, qui présente au tiers postérieur de la corde droite un gonflement blanc comme un grain de riz, de surface lisse et qui tranche légèrement sur la couleur de la corde. Extirpé à l'aide de la pince, il ne s'est pas reproduit depuis huit mois et son analyse histologique montre qu'il était formé de tissu épithélial parfaitement limité, avec des agglomérations de cellules kératinisées ressemblant à des globes épidermiques dont ils se différencient par ce fait que les cellules conservent leur noyau et qu'elles semblent isolées dans la masse épithéliale; il n'y a pas d'enveloppe cornée et on trouve dans la masse un grand nombre de leucocytes qui sont la preuve d'une intense réaction de défense.

E. BOTELLA (de Madrid).

La valeur des injections d'alcool comme anesthésique dans la tuberculose laryngée, par PAVESI et CURTI (*Le Larynx*, n° 3, 1911).

Ces auteurs ont expérimenté les injections d'alcool à 85° chauffé à 45° pour anesthésier le rameau interne du larynx supérieur et remédier à la dysphagie douloureuse de la tuberculose laryngée. L'injection a donné de bons résultats quelle que soit la période à laquelle elle a été faite. Les malades en expérience accusaient une dysphagie intense à l'occasion de la déglutition des liquides et même de la salive; dès les premières injections les symptômes douloureux s'amendèrent et les malades purent avaler facilement les liquides sans manifester la moindre douleur.

L'anesthésie ainsi obtenue ne dure que quatre jours au maximum mais on peut sans inconvénient recommencer sans redouter autre chose que quelques extravasations sanguines: la gravité même très prononcée de l'état général du malade ne constitue point de

contre-indication à l'intervention. Ce procédé, d'après Pavési et Curti, serait supérieur à tous les autres habituellement employés pour combattre la dysphagie liée à la phtisie laryngée.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

Végétations du larynx traitées par le 606, par L. KIRCHON (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 3, avec 4 fig.)

Un malade âgé de 45 ans vint consulter en 1909 parce qu'il avait de la dyspnée et une aphonie complète. L'épiglotte était très volumineuse et fermait presque le larynx. En attirant l'épiglotte en avant, on voyait une abondante masse de végétations en chou-fleur dans le larynx. Le malade fut traité sans succès par le mercure et l'iodure de potassium. On fit alors l'ablation des deux tiers de l'épiglotte qui gênait tout particulièrement la respiration.

Un an plus tard, le malade revint consulter parce qu'il avait des ulcérations dans la bouche et des céphalées fréquentes outre l'aphonie qui persistait toujours.

L'examen du larynx montre que les végétations sont restées très développées. Le traitement local par l'acide trichloracétique ou par le nitrate d'argent et le traitement général par l'iodure de potassium n'ayant pas donné d'amélioration suffisante, l'auteur fit l'injection intra-musculaire de 0 gr. 40 de 606. Dès la première semaine qui suivit l'injection il y eut une grande amélioration dans l'état général du malade et deux semaines plus tard, la dyspnée avait totalement disparu, la voix était revenue quoique enrouée et les végétations avaient diminué de volume très notablement. Une deuxième injection de 606 fut faite et bientôt après, le malade put être considéré comme guéri.

M. DE KERVILY (de Paris).

Pierre aspirée et arrêtée à la première bifurcation de la bronche droite. Expulsion et enclavement dans la portion sous-glottique au cours de la trachéotomie préparatoire de la bronchoscopie. Extraction par crico-trachéotomie, par A. MARTIN (*Gaceta Médica Catalana*, décembre 1910).

Enfant de cinq ans qui, en jouant avec de petites pierres dans la bouche, aspire l'une d'elles, ce qui provoque une crise d'asphyxie et d'hémoptysie qui est suivie de calme. Il ne reste que des accès de toux coqueluchoïde et une voix légèrement voilée. L'enfant assure qu'il sent le corps étranger dans la poitrine. La tolérance dure jusqu'au 3^e jour, où surviennent des crises de suffocation, spécialement dans la position couchée. L'enfant ne peut dormir qu'assis dans les bras de la mère; le 4^e jour, on vient à Barcelone; les crises se répètent plus violentes d'heure en heure.

Examen : Respiration accélérée et bruyante; percussion normale; légère exagération de la sonorité à gauche; diminution du murmure vésiculaire à droite, plus accentuée dans le lobule supérieur; ronchus rude très intense, autant à l'inspiration qu'à l'expiration. Accès violents de toux avec suffocation et presque asphyxie; expectoration pour ainsi dire nulle. Température : 37°5 à 38°.

La radiographie localise clairement le corps étranger au niveau de la première bifurcation de la bronche droite, avec un diamètre apparent de 5×15 millimètres.

A. Martin, considérant les crises fréquentes d'asphyxie, la grosseur et l'emplacement du corps étranger n'essaya pas de faire une bronchoscopie par les voies naturelles et se décida à la faire par la voie traumatique ; il espérait de plus que l'excitation de la trachée à l'ouverture éviterait l'exploration par expulsion spontanée.

Anesthésie chloroformique jusqu'au moment de la mise à nu des 5, 6, 7 et 8^{es} anneaux qui sont incisés, l'enfant étant déjà à moitié éveillé ; accès de toux des plus violents et durant lequel l'enfant se cyanose ; mise en place d'une canule de neuf millimètres. On remet à plus tard l'exploration bronchoscopique ; mais l'accès calmé, la respiration se rétablit avec tant de calme que Martin, se rappelant un cas de Tapia, se demanda si le corps étranger ne se serait pas logé au-dessous de la canule. Cette supposition fut confirmée par ce fait que, la canule bouchée, l'enfant ne pouvait pas respirer par la bouche, et par la radiographie qui localisa le corps au-dessous de la canule.

L'enfant reposé, Martin décida d'intervenir deux jours plus tard pour extraire le corps étranger : il décida de faire une crico-trachéotomie, car étant donnée l'indocilité de l'enfant, il vit qu'il était impossible d'agir par voie laryngée. Sous anesthésie chloroformique, les deux premiers anneaux trachéaux sont incisés, ainsi que le cricoïde ; les 3^e et 4^e anneaux sont respectés. On extrait le corps étranger qui était logé entre la canule et la paroi trachéale, ses dimensions étaient de 9×16 millimètres.

Martin fait remarquer avec juste raison combien il est extraordinaire de voir un corps aussi volumineux traverser la glotte d'un enfant de cinq ans, et surtout encore plus combien il est extraordinaire qu'il ait pu se loger dans une bronche ; il faut supposer qu'il y avait un diamètre des bronches exceptionnel, ou qu'en réalité le corps étranger se trouvait dans la trachée.

Les réflexions que fait Martin sur la valeur de la trachéotomie confirment celles que nous avons nous-même exposées dans un travail publié dans la *Revista de Medicina y cirugia Practicas* de septembre 1909, intitulé : *Conduite à suivre dans les cas de corps étrangers des voies respiratoires* et qui était basé sur de nombreuses observations de notre expérience personnelle.

Quant au procédé employé par notre distingué confrère, nous pensons que, peut-être, il aurait pu faire l'extraction sans qu'il fût besoin d'une nouvelle intervention sanglante, en posant l'enfant sur un plan bien incliné et en enlevant avec soin la canule ; car si, comme l'a indiqué la radiographie, le corps étranger était soutenu par la canule, il serait descendu par son propre poids jusqu'au larynx et, s'il avait été retenu par la glotte, on aurait pu introduire un tube court et faire une trachéoscopie rétrograde qui aurait permis de le cueillir facilement.

E. BOTELLA (de Madrid).

Un cas de laryngectomie totale en deux temps, par STORI (*Archivio italiano di laringologia*, fasc. 2, 1912).

Le larynx est détaché de la membrane thyroïdienne et de la paroi du pharynx, mais on ne détruit pas la continuité entre le larynx et la trachée. Puis on reconstruit le canal pharyngo-œsophagien en abaissant le lambeau auparavant formé suivant la méthode de Durante. Le larynx ainsi isolé demeure à l'extérieur de la peau et étant demeuré attaché à la trachée, fonctionne à la façon d'une canule et ensuite, le plus tardivement possible, il est détaché quand la plaie a atteint désormais un état de cicatrisation tel qu'on peut compter éviter les dangers d'infection des voies respiratoires.

En laissant in situ le larynx lors du premier temps, selon l'auteur on a l'avantage d'empêcher de façon absolue la pénétration des sécrétions dans la trachée et d'éliminer ainsi les bronchopneumonies *ab ingestis*, de supprimer la toux qui est le tourment le plus constant de ces opérés et enfin de rendre facile et non dangereuse pour le malade, dès le second jour de l'opération, l'ingestion des liquides, sans l'aide de la sonde.

U. CALAMIDA (de Milan).

IV. — PHARYNX

Anatomie et relations de l'amygdale sur le corps durci avec étude particulière de la conception réelle du repli triangulaire. Principes et pratiques de la tonsillectomie basée sur ces points, par G. FETTEROLF (*American Journal of med. Sciences*, juillet 1912, p. 37-64 avec 20 figures).

Il ne faut pas s'imaginer que l'amygdalotomie puisse se faire avec un instrument unique, toujours le même pour tous les cas. Il faut la faire avec l'instrument adopté au cas ou avoir recours à l'énucléation.

L'auteur a fait pour déterminer les conditions exactes de la région pharyngienne durant la vie, la bouche fermée, des études de têtes durcies au formol à 30 %. Les études anatomiques l'amènent à la définition suivante : l'amygdale est une masse de tissu lymphoïde situé dans le récessus amygdalien. La surface profonde est enfermée dans une capsule fibreuse et sa surface libre est couverte à un degré plus ou moins marqué par des prolongements de la capsule appelés *plis*, sur lesquels est une couche de muqueuse.

Voici, les principes de l'énucléation amygdalienne :

Enlever tout ce qui est évidemment malade ; enlever tout ce qui peut être malade (tuberculose, cancer). Il faut faire l'énucléation extracapsulaire, car autrement on laisse en place du tissu amygdalien ; le plan de l'opération doit être situé entre la capsule et la paroi de la loge. Quand on est dans ce plan il faut y demeurer. On évitera tout instrument tranchant. La plus grande difficulté est de déloger le lobe supérieur ; les premières zones à attaquer sont celles qui ont le moins d'irrigation sanguine, c'est-à-dire les portions antérieure et supérieure, car les vaisseaux pénètrent au-dessous de l'équateur. Les

vaisseaux seront divisés par l'instrument mousse, car la coagulation se fait ainsi plus vite. Il faut éviter de déchirer la paroi de la loge d'abord à cause du plexus veineux (cause de grave hémorragie) puis, à cause de la déchirure des muscles palatins, ce qui amènerait des cicatrices et gênerait la phonation. Eviter de léser surtout le palato-pharyngien. Pour éviter la déchirure des muscles qui tapissent la loge, il faut opérer parallèlement au trajet des fibres musculaires : c'est-à-dire horizontalement sur la paroi latérale (constricteur supérieur à fibres horizontales) et verticalement en arrière palato-pharyngien à fibres verticales). La zone dangereuse est la paroi postérieure de la loge, car on risque de léser la plus grande veine du plexus amygdalien, de déchirer le palato-pharyngien et le plexus veineux pharyngien, si par hasard on vient à perforer le constricteur supérieur et le palato-pharyngien. De tous les instruments le meilleur est l'anse froide. Penser à l'hémophilie ; dans ce cas, traiter le sujet par le calcium et le corps thyroïde ; opérer si on peut ramener le temps de coagulation à cinq minutes.

Les hémorragies sont dues à : a) lésions du plexus veineux amygdalien ou pharyngien (évitables en supprimant l'instrument tranchant) ; b) fait de léser du tissu amygdalien en place ; c) échec dans l'ablation de la capsule. .

MENIER (de Figeac).

Le chlorure d'éthyle dans l'adénotomie, par NIELSEN (*Ugeskrift för Läger*, n° 15, 1912).

Dans un cas de narcose au chlorure d'éthyle au cours de l'adénotomie chez un garçon de 7 ans, l'auteur a eu une syncope grave 1/2 minute après le début de l'anesthésie. Il put sauver l'enfant au moyen de la respiration artificielle. L'auteur met en garde contre l'emploi de la narcose en général dans l'adénotomie et plus particulièrement de la narcose au chloréthyle.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Les végétations adénoïdes, par J. HÉCHELINE (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, n°s 7-8, juillet-août 1911).

Quoique l'examen du naso-pharynx par le toucher soit très désagréable pour le malade, l'auteur le pratique toujours pour se rendre compte du volume des végétations. En garnissant le doigt d'un doigtier en caoutchouc on risque moins de produire des excoriations et d'infecter. La présence seule des végétations n'est pas une indication suffisante pour l'opération ; il ne faut pratiquer cette dernière que s'il y a une gêne notable pour la respiration par le nez, ou d'autres signes comme de la toux, de la fièvre qui semble apparaître sans cause, des otites à répétition, etc. L'auteur emploie des instruments variés selon les cas et opère presque toujours sans anesthésie. La complication la plus sérieuse est l'hémorragie, mais on ne l'observe que rarement : sur 3.500 opérations, l'auteur ne l'a noté que dans 21 cas. S'il existe de l'hypertrophie des amygdales, on peut faire l'opération complète dans la même séance, en commençant par l'ablation des végétations adénoïdes qui est l'opération la plus importante.

Cependant, par crainte des hémorragies, l'auteur remet l'amygdalotomie à une autre séance. L'on peut opérer à tout âge, même les nourrissons.

M. DE KERVILY (de Paris).

Sur les polypes dermoïdes du pharynx, par Ernest OPPIKOFER (*Zeitsch. f. Laryng.*, vol. IV, fasc. 3, 1911, p. 346).

Les polypes dermoïdes du pharynx sont des formations rares. L'auteur en énumère 39 cas pris dans la littérature. Il y ajoute une observation personnelle chez un enfant de 21 mois. La tumeur située directement derrière la luette, de couleur blanche et de consistance ferme, fut enlevée facilement à l'anse froide ; elle mesurait 3,5 cm. de long et 1,5 dans son plus grand diamètre transversal. Elle était recouverte d'un épiderme assez mince à couche cornée ; dans la couche papillaire et réticulaire, on trouvait quelques glandes sébacées et sudoripares et un petit nombre de follicules pileux. Pour le reste, la plus grande partie de la tumeur était formée de tissu graisseux. On n'y décelait ni cartilage, ni muscle, ni d'autres tissus.

E. HÉDON (de Montpellier).

L'opération des tumeurs du nasopharynx, par le Prof.

GERBER, de Königsberg (Leçon magistrale, 1912 (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, 46^e année, fasc. V, 1912).

L'auteur revient sur la question de savoir si les polypes nasopharyngiens sont du domaine de la chirurgie ou de la rhinologie. Il semble qu'ils appartiennent à cette dernière. Nous avons le devoir (exception faite pour quelques cas) de les traiter par la méthode directe : intrapharyngienne et intranasale. La méthode directe fournit deux buts : soit destruction, soit ablation ; la destruction peut se faire par galvano-caustique (anses, cautères divers) avec ablation ultérieure des parties brûlées et nécrosées. L'électrolyse, de préférence bipolaire, lui est supérieure ; on peut l'associer à la galvano-caustique ou au traitement par les instruments.

Les méthodes d'extirpation actuelles remplissent tous les *desiderata* : visibilité du champ opératoire, hémostase, absence de troubles dans la narcose, pas d'aspiration, etc. Le voile du palais qui gêne la vue pourra être incisé obliquement, ou ce qui vaut mieux pour la suture, transversalement au niveau du bord de la voûte du palais.

Mais dans la majorité des cas, le plissement non sanglant du voile par un drain passé par les narines dans la bouche et noué en avant permet d'avoir une bonne vue. L'opération de Denker permet d'arriver jusqu'à la base du crâne et de faire une ablation totale qui n'eût pas été possible sans résection du maxillaire supérieur.

Le tubage peroral ou narcose pulmonaire, de Kuhn, permet d'éviter l'aspiration de sang, de diminuer la quantité de chloroforme, de supprimer le masque.

Pour les tumeurs de l'épipharynx, le traitement ne peut être guère que palliatif.

L'auteur rapporte un cas où après deux opérations il y eut une guérison relative.

En résumé à l'avenir les opérations des tumeurs du nasopharynx

ne pourraient plus être que intrapharyngiennes, transnasales et transmaxillaires. Les chirurgiens suivront certainement, eux aussi, cette voie.

MENIER (de Figeac).

Traitement des végétations adénoïdes au moyen de l'administration d'iodure de sodium, par Edvin Roos (*Finska läkaresällskapet handlingar*, 1912, p. 146).

L'auteur croit pouvoir guérir les végétations par les iodures alcalins.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Gangrène primitive du pharynx, par POPPI (*Archivio ital. otologia*, vol. XXIII, fasc. 2).

L'auteur relate deux observations à terminaison fatale; dans un cas il y eut hémorragie foudroyante par suite d'érosion de la carotide et dans l'autre septicémie et hémorragies graves répétées des bords de la surface nécrosée des amygdales. U. CALAMIDA (de Milan).

Sur la technique de l'ouverture des abcès péri-amygdaliens, par L. KOGAN, de Sébastopol (*Prakticheskyy Vratch*, 1911, n° 14).

Après avoir décrit les différents procédés, l'auteur conseille d'employer le crochet mousse de Schmidt ou une sonde dont on courbe l'extrémité. On repousse la langue au moyen d'un instrument plat quelconque et de préférence la spatule de Türcck et l'on pénètre avec la sonde à travers la membrane mince qui recouvre la fosse supratonsillaire, puis l'on dirige l'instrument en haut et en dehors où se trouve amassé le pus. On tend ensuite les tissus en bas et en dehors, ce qui déchire la membrane de la fosse et le tissu péri tonsillaire, créant ainsi une large ouverture pour l'écoulement du pus.

M. DE KERVILY (de Paris).

Complications infectieuses de l'adénotomie, par GROVE, de Milwaukee (assistant volontaire à la clinique de Gerber, de Königsberg; brochure de 13 pages, 1912).

L'auteur passe en revue les complications de l'opération des végétations, telles que fièvre, septicémie générale, endocardite, rhumatisme articulaire aigu, maladies infectieuses infantiles (varicelle, scarlatine, rougeole, etc.), angines, adénites, torticolis, infections pulmonaires, et étudie leur rapport aujourd'hui démontré avec la teneur en bactéries du nez et du naso-pharynx. Il décrit un cas de sinusite frontale apparue après adénotomie; il fallut opérer la sinusite; dans un autre cas il y eut inflammation des cellules ethmoïdales gauches antérieures; pas d'opération.

MENIER (de Figeac).

Sur ce que nous savons et ne savons pas de l'angine de Plaut-Vincent, par GERBER (*Zeitsch. f. Laryngol.*, Vol. IV, fasc. 3, p. 321, 1914).

Article de discussion sur la nature et l'action pathogène des deux micro-organismes dont l'un n'est point une spirille, mais bien un spirochète, très sensible, comme celui de la syphilis, à l'action du salvarsan. Pour l'auteur, il y a de bonnes raisons de conclure que toute une série de maladies ulcéro-membraneuses de la cavité buccale sont de la nature spirochète-fusiforme, et que l'angine de Plaut-

Vincent ne représente qu'une forme particulière de cette série dont toutes les variétés présentent un tableau microscopique semblable. Des recherches ultérieures devront établir la limite entre les maladies dans lesquelles les spirochètes et bacilles fusiformes ne jouent qu'un rôle accessoire, comme dans certaines formes de diphtérie, et celles où ces micro-organismes sont les agents pathogènes, comme l'angine ulcéreuse et les gingivo-stomatites.

Deux planches jointes au mémoire montrent l'aspect microscopique des micro-organismes associés dans l'angine ulcéreuse et dans le scorbut.

E. HÉDON (de Montpellier).

Amygdalotomie ou amygdalectomie? par DANZIGER, de New-York (*New York med. Journ.*, 1^{er} juin 1912).

L'auteur est d'avis qu'il ne faut enlever les amygdales en totalité que lorsqu'il y a des indications nettes : amygdales inutiles parce qu'enveloppées totalement par les piliers, amygdales petites et atrophiées, soupçon de tuberculose (ganglions cervicaux), abcès péritonsillaires récidivants, chez l'adulte ; tumeurs malignes. Dans les autres cas, avec une amygdalotomie bien faite, on arrivera au but.

MENIER (de Figeac).

L'opération des végétations adénoïdes (indications, procédés opératoires, particularités et complications), par le Prof. V. NIKITINE (*Prakticheskoy Vrach.*, 1911, 14, 21 et 28 août).

L'auteur énumère d'abord les troubles que les végétations adénoïdes peuvent produire dans la respiration, dans le développement de l'appareil respiratoire, dans la parole, dans le système nerveux, l'influence des végétations sur les affections des yeux et des oreilles ; il présente plusieurs statistiques à ce sujet. Il étudie ensuite dans sa monographie les questions relatives au choix des instruments, des anesthésiques locaux ou généraux, de l'âge où l'on doit opérer de préférence. Certains auteurs ont opéré des enfants de quatre semaines, mais le plus souvent on opère des enfants de 6 à 12 ans. Il est nécessaire de faire une ablation complète des végétations, car les fragments non enlevés donnent ordinairement des récidives chez les enfants, tandis que chez les adultes on observe souvent qu'ils entrent en régression. Il existe dans la littérature plus d'une dizaine de cas où l'hémorragie post-opératoire a été mortelle et il existe plus de 40 cas où l'hémorragie a été grave, l'auteur cependant, après avoir fait près de 2.000 opérations, n'a jamais observé d'hémorragie inquiétante. Par conséquent on peut considérer qu'il est indiqué d'opérer non seulement lorsque les végétations apportent des troubles dans la santé chez les malades, mais aussi chez les chanteurs professionnels car l'ablation des adénoïdes améliore l'état des cavités supérieures de résonance. Parmi les accidents de l'opération on a décrit la résection d'une portion du cartilage de la trompe d'Eustache, une lésion du tubercule de l'atlas, la fracture de l'extrémité tranchante de la curette de Beckmann, de la fièvre post-opératoire, de l'otite moyenne de l'angine, du torticolis, chez un enfant de 6 ans un fragment d'adénoïde avait pénétré dans l'oreille moyenne par la trompe et

comme le tympan était perforé, on put extraire ce fragment par le conduit auditif externe.

M. DE KERVILY (de Paris).

Infections consécutives à l'amygdalotomie, par KOPLIK, de New-York (*American Journal of medical Sciences*, juillet 1912).

Trois formes d'infection peuvent se présenter : 1° Après tonsillotomie (ou adénotomie) le malade va bien, mais le 2° ou le 3° jour la température s'élève. Rien au cœur, ni aux poumons, ni aux ganglions cervicaux ; le patient guérit au bout d'une semaine au plus. Il n'y a non plus rien aux oreilles ; 2° Fièvre avec souffles cardiaques modérés ou graves ; le malade peut succomber à une endocardite septique maligne ; 3° La 3° forme ressemble à une infection hémotogène ; il se produit des altérations sanguines destructrices avec signes de septicémie ; larges zones ecchymotiques cutanées, pétéchies, hémorragies intestinales graves et zones de broncho-pneumonie.

MENIER (de Figeac).

V. — BOUCHE

Le traitement iodé de la tuberculose linguale, par BONZANI (*Il Pensiero medico*, n° 3, 1912).

Il s'agit d'un cas où on diagnostiqua tuberculose linguale qui fut traité par des injections iodo-iodurées locales et générales.

Le malade sortit avec une tuméfaction à peine visible du rebord lingual.

U. CALAMIDA (de Milan).

Adénomes sébacés de la muqueuse buccale, par STERN, de New-York (*American journal of dermatology*, juin 1912).

Les petites papules rouges ou jaunes de la muqueuse buccale de forme miliaire peuvent être traitées par la méthode de l'auteur : ionisation ou cataphorèse cuprique au moyen d'une électrode ayant la forme du rebord alvéolaire et reliée au pôle positif d'un courant galvanique de 10 milliampères.

Le pôle négatif est placé sur les genoux du malade et les deux mains y appuient. L'auteur cite un cas où après 4 applications à 3 jours d'intervalle entre chacune, la muqueuse devint lisse et dépourvue de papules.

MENIER (de Figeac).

Calculs salivaires sous-maxillaires. Notes cliniques, par FORNS (*Revista de Especialidades*, janvier 1912).

Il s'agit d'un voyageur de commerce qui se présenta chez l'auteur avec une tuméfaction dure du sol de la bouche et de la région sublinguale gauche qui augmentait de grosseur et se faisait douloureuse au moment des repas que l'on était parfois obligé d'interrompre. Cela était plus que suffisant pour faire penser qu'il y avait un obstacle dans le conduit de Wharton ; lorsqu'on fit le cathétérisme, on put apprécier une surface dure au fond, près de la glande.

La radiographie confirma le diagnostic et Forns fit la dilatation graduelle du conduit ; il essaya ensuite d'extraire le calcul à l'aide d'une pince fine, mais sans pouvoir y parvenir. La séance ayant été longue, on laisse le malade se reposer jusqu'au lendemain ; mais une

nouvelle tentative fut inutile parce que deux calculs furent expulsés spontanément, les phénomènes locaux disparurent rapidement.

Forns rapporte également, mais sans détails, deux autres cas de sa pratique, et un autre très intéressant dans lequel l'introduction dans le conduit d'un grain de riz, au moment du repas, produisit tous les signes d'une rétention salivaire.

La tuméfaction sous maxillaire unilatérale avec poussées et augmentation de grosseur au moment des repas fit penser à une obstruction du canal de Wharton : le cathétérisme et la radiographie sont inappréciables pour vérifier la nature de l'obstruction.

E. BOTELLA (de Madrid).

Affections locales chroniques et leurs relations étiologiques avec l'arthrite et la néphrite, par Frank BILLINGS (de Chicago). — **Les infections buccales chroniques**, par GILMER (de Chicago). — **Observations bactériologiques et cliniques sur les infections locales**, par DAVIS, de Chicago (*Archives of internal medicine*, 15 avril 1912).

Nous réunissons dans une même analyse ces trois articles car ils s'occupent tous d'une question constamment à l'ordre du jour : l'origine bucco-amygdalienne de certains états pathologiques.

Billings, en dehors des amygdales, considère aussi comme foyer d'infection générale les divers sinus. Ces infections ont pour conséquence l'arthrite chronique, la néphrite aiguë ou chronique, les dégénérescences cardio-vasculaires et les névrites chroniques et la myalgie (myosite). Il a fait la preuve clinique de ce qu'il avance ; c'est-à-dire que des sujets atteints par une des affections d'ordre général citées plus haut ont été améliorés ou guéris après élimination des foyers.

Gilmer s'occupe de la bouche qui recèle, comme on sait, pas mal de microbes, dont quelques-uns des plus virulents. Il voit dans l'abcès alvéolaire chronique et dans la pyorrhée alvéolo-dentaire des facteurs d'affaiblissement et d'intoxication ; il avertit les médecins de faire plus qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici attention à ces états et de les traiter suivant les règles de l'art. On verra ainsi disparaître et s'atténuer des dyscrasies véritablement cryptogéniques. Le travail de Davis, collaborateur de Billings, arrive aux mêmes conclusions que celui de ce dernier. Le streptocoque, le pneumocoque, hôtes fréquents des tonsilles, sont susceptibles d'entraîner des lésions arthritiques et cardiaques. L'auteur relate plusieurs cas intéressants à ce point de vue-là.

MENIER (de Figeac).

Calcul du canal de Warthon, par DANDIN-CLAVAUD (*Journ. méd. de Bord.*, 23 juin 1912).

Observation d'un malade de 28 ans qui, à la suite d'un rhume, a senti des douleurs dans la région sus-hyoïdienne droite s'irradiant du côté de l'oreille. Gêne de la mastication et de la déglutition. Tuméfaction de la région sous-maxillaire droite. Sous la langue, le canal de Warthon forme un gros bourrelet rouge. Toute la région sub-linguale est enflammée à la partie postérieure surtout. Il se

forme un abcès qui s'ouvre spontanément, le pus fuse dans la bouche du malade. Rejet d'un calcul assez volumineux formé, d'après l'analyse, de phosphate de chaux et de carbonate de chaux avec, au centre, un réticulum de matières organiques. Son poids est de 70 centigrammes.

BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Parotidite et inflammation de la glande sous-maxillaire purulentes, aiguës et idiopathiques, par Fl. SANTI (de Turin).

L'auteur relate un cas de chacune de ces deux affections survenues sans aucune cause, en particulier il n'existait rien du côté de la bronche. L'auteur n'a pas fait l'étude bactériologique du pus. Il passe en revue les diverses origines et les différents facteurs des parotides et inflammations de la glande sous-maxillaire. Il estime, d'après la littérature, que c'est le staphylocoque doré qui a dû être, dans ses cas, l'agent pathogène. En tout cas, ces affections idiopathiques sont rares, car plus ordinairement l'infection parotidienne est en relation avec une infection localisée, ou généralisée, ou avec une intoxication.

MENIER (de Figeac).

Traitement de la leucokératose bucco-linguale par la solution de sulfate de cuivre, par AVIERINOS (*Le Larynx*, n° 3, 1912).

En dehors du traitement hygiénique et prophylactique, l'auteur dit avoir obtenu des résultats encourageants avec la solution de sulfate de cuivre. Vingt jours par mois il pratique un léger attouchement avec une solution de sulfate de cuivre à 2 gr. pour 20 : par prudence on tâtera la susceptibilité du malade dont il ne faut pas irriter la muqueuse avec des caustiques. L'action topique et résolutive du cuivre paraît expliquer seuls les excellents résultats obtenus par cette médication simple et facile.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

Hectine et leucoplasie linguale, par M. MICHELEAU (*Gaz Heb. des scien. méd.*, n° 49, 1911).

Il s'agit d'une dame de trente-huit ans ayant eu la syphilis il y a 15 ans. Très bien soignée par les préparations mercurielles régulièrement continuées, elle a vu néanmoins, il y a quelques mois, sa langue devenir lisse, vernissée, dépapillée, divisée en îlots, de coloration blanchâtre, par des sillons irréguliers, superficiels ; c'était bien la carte géographique de la leucoplasie buccale, son étiologie syphilitique, ne pouvait un seul instant être mise en route. Pas d'autre manifestation syphilitique. L'estomac étant très fatigué la malade ne peut plus absorber de mercure. Après dix injections d'hectine de 0,10 centigrammes dix jours le repos et une autre série d'injections d'hectine de 0,20 centigrammes ; les lésions de la langue disparaurent presque complètement. L'état général de la malade est très amélioré.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Nécrose du maxillaire supérieur par rougeole, par BINDI (*Gazzetta degli ospedali*, 25 avril 1912).

Les formes gangreneuses de la rougeole sont rares et frappent

surtout la peau et les muqueuses. La nécrose des os est exceptionnelle et elle a la même cause infectieuse. Chez la fillette âgée de 6 ans, il est probable que le travail de la dentition permanente qui se faisait au moment de la rougeole n'a pas été sans influence sur la genèse de la nécrose qui frappa toute la moitié du maxillaire supérieur. Après l'ablation du séquestre volumineux, l'enfant guérit.

MENIER (de Figeac).

Les opérations esthétiques sur la bouche et le visage à la suite de noma, par D. GOROKHOFF, privat-docent de Moscou (*Pratitchesky Vrach*, 3 et 10 juin 1912, avec 11 fig.).

Dans un travail précédent, l'auteur a déjà décrit les observations de trois enfants qu'il a opérés pour des déformations de la bouche et des joues à la suite de noma. Il ajoute encore quatre nouvelles observations. Les déformations n'étant pas semblables dans chacun des cas, chacune des opérations présentait des particularités. L'auteur a fait en somme une transplantation de peau dans la bouche, a fermé des fistules et a détruit des adhérences qui s'étaient formées entre les mâchoires et la joue. Les résultats obtenus ont été bons d'une façon générale après une seule opération. Dans l'un des cas seulement, il a été nécessaire d'opérer trois fois, en employant chaque fois une technique différente. Les enfants étaient âgés de 3 à 8 ans et avaient été atteints de noma à la suite de rougeole, dans l'un des cas à la suite de scarlatine.

M. DE KERVILY (de Paris).

Cancroïde de la lèvre inférieure, par DUVERGEY (*Journal de médecine de Bordeaux*, 26 novembre 1911).

L'auteur donne le résultat anatomopathologique de la tumeur qu'il a enlevée au malade présenté déjà à la société. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes cornés profonds qu'on rencontre jusque dans la couche musculaire.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

Leucoplasie buccale, par IVY, de Philadelphie (*New York med. Journ.*, 13 avril 1912).

Trois cas sont rapportés. L'auteur insiste sur les points suivant : absence de toute syphilis et tendance à la dégénérescence maligne et cancéreuse. Il estime que les facteurs externes (tabac, alcool) jouent un rôle considérable dans la genèse et les progrès de l'affection.

MENIER (de Figeac).

La bouche et ses maladies chez les enfants, par J. TROÏTSKY (de Kharkoff) (*Praktichesky Vrach*, nos 2, 3, 4, 5 et 6, 1911; 9, 16, 23, 30 janvier et 6 février).

L'auteur étudie d'abord les conditions anatomiques et physiologiques qui prédisposent la bouche des enfants à certaines affections avant, pendant et après l'apparition des dents, puis la flore microbienne de la bouche, la sécrétion salivaire et les conditions de l'alimentation. Il présente ensuite, en se basant sur les travaux d'un grand nombre d'auteurs et sur les observations personnelles la description des affections les plus fréquentes de la bouche : le muguet, les différentes glossites, la stomatite gangréneuse, catarrhale,

aphteuse, etc. qu'il étudie au point de vue de la symptomatologie et du traitement.

M. DE KERVILY (de Paris).

VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ, APPAREIL VESTIBULAIRE.

Névrite de l'acoustique, par LANG (*Casopis Lekaruv ceskych*, 1912, n° 22-25).

Tenant compte de toute la littérature de la question parue dans ces dernières années, Lang expose le diagnostic différentiel de l'affection labyrinthique et du nerf acoustique, du rameau cochléaire et vestibulaire de l'acoustique, l'étiologie et le traitement de la névrite du nerf de la 8^e paire. Pour terminer, il parle de l'anesthésie hystérique et de la simulation ainsi que de leur diagnostic différentiel.

Il étudie 9 cas de névrite de l'acoustique : 1^o cas après la grippe ; 2^o jeune fille de 14 ans qui, il y a un an, devint brusquement dure d'oreille ; lésion du nerf cochléaire (lacunes dans la série des sons, Wassermann positif ; amélioration après Salvarsan ; 3^o jeune fille de 17 ans ; depuis deux ans dureté progressive, d'origine syphilitique ; Wassermann positif) ; pas d'amélioration après Salvarsan ; 4^o Femme de 36 ans ; après oreillons, sensations auditives subjectives et léger vertige ; 4 semaines plus tard : vertige violent et surdité à l'oreille droite. Troubles de l'équilibre qui ne disparurent qu'au bout de 4 semaines ; Wassermann négatif ; IK sans influence sur l'audition ; 5^o Femme de 30 ans ; il y a 15 mois : méningite cérébro-spinale ; surdité au 3^e jour. Pas de vertige. A l'examen, surdité totale ; partie vestibulaire inexcitable des deux côtés (pas de réaction à l'examen galvanique avec 15 milliamp.) ; 6^o Homme de 19 ans ; méningite cérébro-spinale à 4 ans ; audition partiellement conservée pour les sons aigus intenses et la cloche ; surdité totale pour la parole ; partie vestibulaire comme le cas 5 ; dans le cas 5 il y avait de l'ataxie légère lors de la marche les yeux fermés, il n'en était pas ainsi pour le cas 6 ; 7^o, 8^o et 9^o. Cas de névrite du nerf cochléaire, d'origine rhumatismale : surdité unilatérale ; dans le cas 8, amélioration après injections de pilocarpine ; le sujet peut entendre la voix chuchotée à 3-5 mètres ; dans le cas 9, après aspirine, la voix de conversation est entendue à 2 m. 50 et la voix chuchotée à 0 m. 30. Wassermann négatif dans les cas 8 et 9. L'auteur cite en outre 2 cas d'anesthésie hystérique et deux cas de simulation. IMHOFFER (de Prague).

Quelques formes exceptionnelles de malformations des organes de l'ouïe, par KRAMPOTZ (Breslau) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, Bd. LXV, H. 1).

L'auteur réunit dans sa description 4 cas observés par lui qui concernent des anomalies de conformation des organes de l'audition qui portent aussi bien sur la partie externe de l'oreille que sur les troubles de l'audition et sur les troubles de l'organisme en général.

Les points sur lesquels il attire spécialement l'attention sont surtout la coexistence de troubles plus graves : arrêt de développement,

malformations digitales, dextrocardie, etc. Enfin il croit être le premier à décrire chez le vivant un cas d'absence totale des deux pavillons et des deux conduits auditifs. CANY (La Bourboule).

Etudes et propositions d'acoumétrie, par GRADENIGO (*Archivio italiano di otologia*, 1912).

L'auteur croit être arrivé à résoudre de façon satisfaisante le problème de la mesure de l'audition chez les malades et cela d'une manière rapide et assez exacte au moyen d'un nouveau modèle d'acoumètre formé par un diapason excité par un pendule. Ce modèle est une modification essentielle du procédé proposé par Lunghini qui est rendu ainsi plus facile et plus précis.

L'acoumètre doit servir à la détermination de l'audition dans la zone vraiment musicale de la gamme. Il propose l'emploi du Do² avec 512 vibrations doubles comme représentant les notes moyennes; pour les basses le petit do avec 128 ou le Do avec 64 v. d. pour les notes aiguës le do⁴ ou le do⁵. Avec les données précises qu'on peut tirer de l'examen auditif de ces trois zones de la gamme musicale, en plus de l'enregistrement de la limite supérieure et de la limite inférieure de l'échelle des sons on peut tracer un champ auditif réellement exact et facile à déterminer rapidement dans la pratique quotidienne.

U. CALAMIDA (de Milan).

Le vertige galvanique, par LIVI (*Bullettino delle scienze mediche*, juin 1912).

Le vertige galvanique du pigeon est un phénomène très complexe produit par l'excitation du labyrinthe non acoustique de l'oreille; les mouvements de nystagmus de la tête et des yeux ont leur origine dans les canaux semi-circulaires, mais ils peuvent, quand ces derniers manquent, être produits avec les mêmes caractères par l'excitation des centres nerveux correspondants; les mouvements d'inclination et de rotation de la tête ont leur origine dans l'excitation de l'utricule et du saccule. Contrairement à ce que Ewald a conclu sur des pigeons atteints d'élabyrinthation totale, les lésions unilatérales des canaux semi-circulaires ont au point de vue de ces phénomènes des effets bilatéraux; enfin les faits observés par Livi ne peuvent être expliqués, comme le veut Erb, par de simples modifications de l'excitabilité des organes périphériques et des centres des deux côtés par action de l'anélectrotonus et du catélectrotonus, mais au contraire, il faut admettre chez les deux pôles des propriétés directement excitantes.

Les observations faites à propos du mouvement spontané de torsion de la tête amènent l'auteur à affirmer l'identité de ce phénomène (tant pour sa forme que pour son mécanisme) avec la torsion de la tête précédé de galvanisation transversale. MENIER (de Figeac).

Salvarsan et nerf acoustique, par NILS WITT (*Hygiea*, n° 6, 1912).

L'auteur relate 9 cas de neurorécidive dans le nerf acoustique après traitement au salvarsan; il a en outre examiné systématiquement 25 cas avant et après le traitement au salvarsan sans découvrir de

neuro-récidives. Il estime qu'il ne peut guère s'agir d'une affection syphilitique du nerf acoustique, car celles-ci sont bien plus rares, et certains cas concernaient des sujets chez lesquels il n'existait au moment aucune manifestation syphilitique et chez lesquels le Wassermann était négatif. On sait enfin, d'après les travaux d'Ehrlich, que les préparations arsenicales ont une influence neurotrope sur le nerf acoustique. L'action neurotrope du salvarsan lui-même n'est pas encore établie, mais cependant il faut en attendant s'en méfier.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Considérations sur l'ankylose de l'articulation du marteau et de l'enclume, par HANNEMANN (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV, H. 2).

Il s'agit d'une petite malade de 15 ans qui fut opérée à la suite de complications du côté des oreilles d'origine rubéolique. On procéda à l'évidement total et marteau et enclume furent extraits du même coup. On les trouva étroitement unis et inséparables. L'auteur pense que par suite de la longueur de l'affection il a dû se faire un processus d'adhérences chroniques qui a conduit à l'ankylose. Il ajoute que le cas ne doit pas être si rare que l'on pourrait le supposer mais que la recherche en est plutôt exceptionnelle. CANY (La Bourboule).

Contribution à la pathologie et au traitement de l'otosclérose, par Joseph C. BECK, Chicago (*Annals of otology rhinology and laryngology*, mars 1912).

Frappé des rapports que présente l'otosclérose avec l'ostéomalacie, et des bons résultats obtenus parfois dans cette dernière affection par les injections sous-cutanées d'adrénaline, l'auteur expérimenta le même produit contre l'otosclérose.

Chez les malades véritablement otoscléreux, il obtint parfois une diminution des bourdonnements, mais le médicament ne donna aucune amélioration chez ceux dont l'otosclérose était compliquée de lésions anciennes de la caisse ou de la trompe.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Vertige auditif et bourdonnements d'oreille, par GRAY (*American medicine*, avril 1912).

Article de vulgarisation qui résume à l'usage des praticiens les notions déjà connues des otologistes. MENIER (de Figeac).

Remarques cliniques sur les anomalies de la perception des sons, par JÖRGEN MÖLLER (Copenhague) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, Bd. LXV, H. 1).

L'auteur rapporte trois observations intéressantes des personnes très musiciennes, par conséquent les mieux placées pour fournir sur leurs perceptions musicales les renseignements les plus complets et les plus précis. Chez l'une de ces personnes particulièrement douée et excellente pianiste, mais aussi fort nerveuse l'audition fut un jour à ce point troublée que la perception des sons était absolument confondue et elle était incapable de reconnaître les différences entre deux notes ; plus même, on lui joua des morceaux connus qu'elle fut incapable de reconnaître. Elle fut également incapable de jouer des

morceaux très familiers pour elle auparavant. L'auteur pense qu'il ne s'agit pas là d'un cas d'aphasie musicale sensorielle mais d'un trouble des organes centraux de perception des sons et probablement de nature fonctionnelle.

CANY (La Bourboule).

Oreilles ; Labyrinthe, par HINGSBERG (*Le Larynx*, n° 3, 1912).

D'après l'auteur la labyrinthite est la complication crânienne la plus redoutable et malheureusement la plus fréquente : c'est la première étape de la plupart des méningites et abcès du cervelet. Cholestéatome et tuberculose se créent un chemin fréquent par la fenêtre ovale. L'infection de la cavité crânienne se fait très souvent par l'aqueduc cochléaire ou l'aqueduc du vestibule, d'où il résulte une méningite foudroyante ou un abcès du cervelet. Les symptômes dus à une irritation ou à une destruction du limaçon se manifestent par des bruits subjectifs, vertiges, nausées, nystagmus ; du reste tous ces symptômes sont sous la dépendance de l'otite.

L'examen très exact de l'audition est de la plus haute importance pour établir le diagnostic ; pour cela on aura recours aux procédés de Bezold et de Lucæ-Donnert. Grâce à ces deux moyens on peut savoir si la labyrinthite est diffuse, ou si au contraire elle est circonscrite, les symptômes avant et après l'opération ne permettent pas cependant de se prononcer sur le pronostic.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

Importance des maladies d'oreille pour les assurances sur la vie et contre les accidents, par Holger MYGIND (*Ugeskrift for Læger*, 1911, n° 29).

Pour l'assurance sur la vie les cas avec suppuration chronique et perforation centrale doivent être regardés comme des risques relativement peu graves, tandis que les cas avec perforation marginale sont bien plus dangereux, surtout quand le pus est peu abondant et est mêlé de masses cholestéatomateuses. Les cas avec perforation sèche et ceux qui ont subi l'opération radicale et où la suppuration a cessé peuvent sans doute être acceptés sans difficulté.

L'auteur énumère ensuite les diverses lésions traumatiques et leur importance pour l'assurance contre les accidents et, entre autres choses, il attire l'attention sur la difficulté qui s'oppose parfois à l'établissement d'un diagnostic exact quand, par exemple, il s'agit d'un ébranlement labyrinthique ou d'une otosclérose, qui ainsi que nous enseigne l'expérience peut être aggravée par un traumatisme, alors que le malade n'a peut-être pas remarqué sa maladie qui débute. Pour l'examen exact des cas traumatiques, et surtout pour déterminer le degré d'incapacité, Mygind conseille absolument de faire entrer le sujet pendant quelques jours dans une clinique ou dans un hôpital et surtout quand il vient du dehors. Il serait à désirer que l'otologiste vît les cas traumatiques plus tôt que cela se produit actuellement. Pour l'évaluation de la diminution de l'audition, Mygind dit qu'il faut naturellement tenir compte de la profession de l'accidenté. Il distingue trois degrés de surdité : légère (voix chuchotée à 6-2 mètres), moyenne (voix chuchotée 2 m.-

0,20 cent.), grave (conversation 1 m.). La surdité légère ne justifie l'indemnité que dans des cas particuliers, de même la surdité moyenne d'une seule oreille, tandis que la moyenne bilatérale donne droit à 10-20 %; la dureté grave ou la surdité d'un côté donne lieu aussi à 10-20 %; la surdité bilatérale à 30-60 %. Cette conférence qui fut faite à la réunion des médecins des C^{ies} d'assurances fut suivie d'une intéressante discussion qui cependant ne peut pas être reproduite même en abrégé. JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Etudes expérimentales complémentaires sur les troubles acoustiques du labyrinthe des mammifères, par HOESSLI, de Bâle (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV, H. 2).

Ce remarquable travail qui ne comprend pas moins de 150 pages et qui est accompagné de 8 grandes planches anatomopathologiques, dont 5 en couleurs, conclut de la manière suivante à ses expériences qui ont été poursuivies dans les laboratoires de l'université de Bâle en vue d'obtenir un prix qui comportait l'étude de cette question :

1° Tout traumatisme d'origine acoustique commence à produire une réaction de dégénérescence dans les cellules terminales ciliées; puis la dégénérescence gagne peu à peu le neurone et enfin n'atteint que secondairement l'appareil protecteur et le labyrinthe membraneux voisin, (recherches sur des cobayes, des chats, des chiens, des singes);

2° Les granulations protoplasmiques peuvent être produites après la mort et alors elles sont le fait d'une fixation ou trop tardive ou trop prolongée. Elles peuvent cependant être également provoquées par des traumatismes (détonations violentes par exemple) ;

3° Si l'on fait agir un traumatisme de même tonalité chez plusieurs mammifères de différentes espèces, on retrouve la lésion à peu près toujours à la même place dans le limaçon ; plus la tonalité du son sera élevée plus la lésion siègera profondément dans le limaçon ;

4° La chaîne des osselets est uniquement destinée à la transmission des sons et n'exerce aucune action atténuatrice sur l'intensité de ces sons ;

5° La transmission aérienne (oreille moyenne) paraît être la seule voie de transmission des lésions traumatiques auditives de l'extérieur vers le labyrinthe. D'après ses recherches sur le cobaye l'auteur peut affirmer que la transmission osseuse dans le sens des idées de v. Wittmaack ne joue dans ces cas aucun rôle.

CANY (La Bourboule).

Affection syphilitique de l'organe auditif et Salvarsan

par LANG (*Casopis lekaruv ceskych*, n° 10, 1912).

Coup d'œil sur l'état de la question d'après la littérature et compte rendu de deux cas personnels. Lang pense d'après la littérature que les lésions vestibulaires proviennent du 606 et il croit qu'il serait utile de rechercher la fréquence de la surdité dans la syphilis avec et sans 606.

La régression des phénomènes par de nouvelles injections ne peut être mise à l'actif du Salvarsan car elles disparaissent d'ordi-

naire aussi sans autres injections. Important est un cas de Wanner où la surdité survint après une injection de 606 faite pour lichen ruber. Les deux cas de Lang concernent : 1° un cas d'affection auditive dans la syphilis congénitale. Homme de 19 ans : névrite bilatérale du nerf cochléaire de nature syphilitique. Le 7^e jour après injection, amélioration de l'audition qui de ras de l'oreille passa à $3/4$ de m. à droite et de 0,30 centim. à 12 mètres pour la voix chuchotée à gauche.

2° Fillette de 11 ans totalement sourde à droite ; à gauche voix haute entendue à 0,30-0,50 ; appareil statique totalement supprimé. 4 jours après injection de salvarsan amélioration à gauche à 1 m. 50 ; au bout de 4 autres jours à 3 m. ; au bout de 4 nouveaux jours retour à l'état antérieur de 0,30 cm.

Lang termine son intéressant exposé en disant qu'indiscutablement le 606 a dans quelques cas un effet non désiré sur l'oreille. L'examen des organes auditifs avant l'injection est nécessaire. D'autre part dans l'affection syphilitique de l'oreille non améliorée par tout autre traitement, on peut essayer avec toutes les précautions le traitement avec le salvarsan.

R. IMHOFFER (de Prague).

Cas de syphilis vestibulaire, par Rodriguez VARGAS (*La Clinica Castellana*, Valladolid, janvier 1912).

Homme de 29 ans, qui présente des antécédents spécifiques douteux ; un jour après avoir eu des vomissements et une perte de l'équilibre, il est obligé de se mettre au lit ; la crise se répète 15 jours plus tard jusqu'à ce que l'état vertigineux devienne constant. Ces crises sont précédées de bruits dans les oreilles.

Examen : tympan normaux avec mobilité normale. Les épreuves sont normales pour l'oreille gauche. A droite, la voix haute est entendue à 0 m. 50 ; la voix chuchotée n'est pas perçue ; la perception des sons aigus a disparu ; Schwabach diminué ; Weber latéralisé à gauche ; Rinne négatif à droite ; Gellé positif à gauche. Le nystagmus calorique est positif à gauche ; en inclinant la tête, il se produit à droite.

La réaction galvanique est négative à droite et normale à gauche.

Romberg négatif, mais quand le malade marche les yeux fermés, il va vers la droite.

Il s'agissait donc d'une lésion vestibulaire et, malgré le doute que laissent planer les antécédents, on pensa qu'il s'agissait d'une lésion syphilitique ; cela fut confirmé par le Wassermann qui fut positif ; le traitement mercuriel entraîna une guérison complète.

E. BOTELLA (de Madrid).

Contribution à l'étude des affections des membranes de la fenêtre labyrinthique et leur signification pour la production des infections labyrinthiques, par le Privat-docent K. GRUNBERG (Rostock) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV Bd. H. 2).

L'auteur s'occupe dans cet article, illustré de 3 dessins dans le texte, de la pénétrabilité des membranes des fenêtres. Un cas survenu chez un jeune garçon de 10 ans mort de scarlatine après une

infection très grave de l'oreille, lui sert à démontrer avec observations anatomo-pathologiques que, même avec conservation absolument intacte des membranes, il peut y avoir infection labyrinthique, à la condition que l'infection soit très intense, comme c'était le cas pour l'enfant considéré.

En terminant ce travail l'auteur rapporte un cas dont il a eu connaissance pendant la correction de ses épreuves. Ce cas, dû à Uffenorde, est relatif à l'infection du labyrinthe avec conservation intacte des membranes des fenêtres, survenue chez un enfant atteint d'atrophie congénitale de l'appareil cochléaire et de maladie de Little. Toutefois la description des modifications pathologiques des membranes et la présence notamment d'abcès dans les parties marginales de cette membrane, laisse sceptique sur l'absence de solution de continuité de cette membrane.

CANY (La Bourboule).

Signification de certains signes fournis par la transsonance osseuse dans les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne, par le prof. V. OKOUNEFF (*Journal mensuel russe des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez*, n° 2, 1911).

Depuis plus de 20 ans l'auteur a fait des examens de l'ouïe au moyen de plusieurs diapasons chez tous les malades qui venaient le consulter pour une affection de l'oreille. Il a remarqué que dans les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne il est nécessaire d'examiner le plus tôt possible et à plusieurs reprises la transsonance osseuse non seulement pour les tons bas, mais aussi pour les tons élevés, car on trouve une indication de la transformation du processus inflammatoire en otosclérose aussitôt que l'on constate une diminution même peu marquée, de la transsonance osseuse. Cette transformation du processus pathologique est aussi indiquée par d'autres signes que l'auteur a appelés Weber croisé et Weber changeant.

M. DE KERVILY (de Paris).

Syphilis et surdité, par KERR LOVE (*Glasgow med. Journ.*, mai 1912).

Love a fait la réaction de Wassermann sur 37 enfants atteints de surdité et cette réaction n'a été positive que dans trois cas.

MENIER (de Figeac).

Sur les méthodes actuelles d'examen de l'appareil vestibulaire pour la détermination objective du vertige, par S. M. KOMPANÉETZ, d'Ekatérinoslov (*Praktichesky Vratch* 1^{er}, et 8 janvier 1912).

Après des traumatismes de la tête, les malades se plaignent souvent de troubles subjectifs et notamment de vertiges. Il est nécessaire de déterminer ces troubles au moyen de méthodes objectives pour établir un traitement approprié et pour fixer l'étendue de l'incapacité de travail. Lorsque le malade se plaint de vertiges, il est nécessaire dans tous les cas d'examiner l'appareil vestibulaire, car très souvent le vertige n'est pas dû seulement à une lésion des hémisphères cérébraux et du cervelet mais aussi à une affection de l'oreille interne : il s'agit habituellement d'une névrose labyrinthique

que l'on confond dans le groupe imprécis de névroses traumatiques.

L'auteur expose ensuite les différentes méthodes d'examen des troubles de l'équilibre statique et dynamique et les différentes variétés de nystagmus provoqué.

M. DE KERVILY (de Paris).

La chaîne des osselets et les traumatismes labyrinthiques, par ZIMMERMANN (Dresde) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, Bd. LXV, H. 4).

Dans une courte note l'auteur répond à l'article de Hössli paru dans le même périodique et relatif au rôle que joueraient les osselets dans les transmissions du son au labyrinthe. Hössli soutenait que les osselets ne serviraient nullement d'appareil de protection contre les sons trop violents mais simplement d'appareils de transmission.

Dans un article paru dans les archives de Pflüger, l'auteur a soutenu une opinion inverse qui repose à la fois sur les données théoriques de la physique, sur celles de la physiologie et de l'anatomie pathologique comparée.

CANY (La Bourboule).

VII. — TRACHÉE, BRONCHES, OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE.

Considération sémiologiques sur le signe de Smith dans l'adénopathie trachéo-bronchique des enfants, par LUZZATTI (*Rivista Opedaliera*, 1^{er} mai 1912).

L'auteur a constaté le signe de Smith (souffle de sténose entendu au niveau du sternum quand on fait renverser la tête en arrière) chez des enfants ne présentant pas de signes d'adénopathie ; il le vit surtout chez des enfants anémiques. Suivant lui le signe de Smith n'est pas dû à la compression du tronc broncho-céphalique veineux gauche contre le sternum ; ce serait un souffle jugulaire propagé dans la direction du courant veineux et renforcé par le sternum. Il est en effet facile de le provoquer artificiellement par la compression des jugulaires. Le signe de Smith perd ainsi beaucoup de sa valeur diagnostique.

MENIER (de Figeac).

Cas de bronchoscopie inférieure avec extraction d'un corps étranger profondément enclavé dans la bronche gauche, par BOREY (*Gaceta medica catalana*, janvier 1912).

Petit garçon de 6 ans qui a aspiré un pignon ; violente crise de suffocation suivie plus tard d'autres crises ; le lendemain matin, calme relatif.

A l'examen, pas de dyspnée, ni de toux ; l'expansion thoracique était annulée du côté gauche. La percussion était normale, mais à l'auscultation, on percevait une diminution du murmure vésiculaire, du ronflement et de la respiration puérile. La dyspnée se présentait quand le malade s'agitait un peu. La possibilité d'une trachéotomie ne fut pas acceptée d'emblée par le père qui ne se décida que le jour suivant. Le cadre symptomatique ne présentait qu'une élévation de température qui arrivait à 38°3.

Intervention : anesthésie chloroformique avec injection préalable

de morphine et d'atropine. Position de Rose. Cocaïnisation et introduction d'un tube de Brünings de 8 mm.; quand on introduit le tube, au premier essai survient une syncope respiratoire qui oblige à retirer le tube et à faire la respiration artificielle. L'accident disparu, après nouvelle cocaïnisation, on essaie de nouveau de passer le tube, mais il se produit un spasme laryngé si fort qu'il nécessite une trachéotomie rapide. L'introduction de la canule provoque de nouvelles interruptions de la respiration; elle n'est tolérée qu'après cocaïnisation de la trachée.

Deux jours après, on fait une nouvelle exploration en position de Rose, sous anesthésie cocaïnique; on trouve le corps étranger fortement enclavé dans la bronche gauche, l'obturant complètement; il est extrait à l'aide de la pince de Killian-Brünings.

Botey estime que ce cas est un triomphe de plus en faveur de l'anesthésie locale: il attribue les accidents survenus au cours de la première intervention comme dus à l'emploi du chloroforme.

Nous sommes un partisan décidé de l'anesthésie locale, mais nous pensons que chez les petits enfants et dans cette catégorie d'explorations où un mouvement brusque peut avoir de gros inconvénients, on doit employer l'anesthésie chloroformique, mais l'anesthésie chloroformique seule, depuis que nous avons eu, au cours d'une de nos interventions bronchoscopiques, un accident dû, nous semble-t-il, ainsi que cela est arrivé à Botey, à ce que nous avions employé la cocaïne. Nous estimons que les accidents sont dus plus au chloroforme qu'à la cocaïne; celle-ci employée en quantité est périlleuse chez des sujets aussi sensibles que les petits enfants, et chez ceux dont la susceptibilité est inconnue, il faut être très prudent.

L'absence de toute sorte de toux dans ce cas, doit tenir à l'enclavement complet du corps étranger dans la bronche qui empêche non seulement le passage de l'air, mais encore les titillations sur la muqueuse bronchique car il s'agit d'une surface lisse et arrondie.

E. BOTELLA (de Madrid).

La bronchoscopie chez les enfants, par M. F. TSYTOVITCH (*Messenger russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, août-septembre 1911).

D'après ses observations, l'auteur fait les conclusions suivantes: la trachéo-bronchoscopie dans un but de diagnostic doit être d'un emploi plus répandu chez les enfants que chez les adultes, car l'un des éléments importants de diagnostic, l'anamnèse manque souvent chez les enfants et ces derniers présentent plus souvent des lésions diphtériques des voies respiratoires supérieures. Lorsqu'il y a de la difficulté de la respiration, on doit toujours pratiquer l'examen direct des voies respiratoires supérieures; on pourra ainsi éviter dans certains cas de faire une trachéotomie. Lorsque la difficulté de la respiration se prolonge malgré la trachéotomie, il faut faire une trachéo-bronchoscopie inférieure, ce qui permettra de soigner directement la muqueuse de la trachée et des bronches, on peut enlever des fausses membranes, des croûtes, on peut faire des badigeonnages de

la muqueuse. Dans un cas, l'auteur a enlevé un corps étranger et a pénétré dans l'intérieur d'un abcès qui s'était développé apparemment dans des ganglions bronchiques. On peut rapprocher de ce cas celui de Winternitz qui a pu guérir à l'aide de la bronchoscopie une adénite tuberculeuse ouverte dans la trachée. Dans les cas de corps étrangers sans phénomènes généraux graves il faut commencer par faire une trachéo-bronchoscopie supérieure; lorsqu'il existe des phénomènes généraux menaçants, il est préférable de faire d'emblée la trachéo-bronchoscopie inférieure pour avoir la possibilité d'introduire un tube plus large et pour avoir une distance plus courte jusqu'au corps étranger. Une installation appropriée est nécessaire pour réussir une trachéo-bronchoscopie; il faut notamment disposer d'une table élevée, car l'examen et les manipulations dans la profondeur d'un tube long et fin sont particulièrement difficiles chez les enfants.

M. DE KERVILY (de Paris).

Néoplasme de l'œsophage, par SECOUSSE et LABUCHELLE (*Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, n° 17).

Un signe peu constant avait frappé l'attention dans les derniers temps du malade: aucun aliment liquide ou solide ne pouvait être ingurgité sans qu'aussitôt il fût rejeté avec de violentes quintes de toux accompagnées de cyanose. L'autopsie donna l'explication de ceci: il y avait communication du néoplasme de l'œsophage avec la trachée qui avait été perforée par l'ulcération. Malgré que rien ne pût le faire supposer cliniquement, l'autopsie montra encore une destruction considérable du corps des vertèbres cervicales sur lesquelles reposait la tumeur.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

L'extraction des corps étrangers des bronches chez les enfants par la bronchoscopie, par V. HINSBERG (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV Bd., H. 4).

L'auteur passe en revue toutes les interventions qu'il a dû entreprendre pour éloigner de la trachée des corps étrangers et il compare les résultats obtenus soit par la trachéotomie soit par la bronchoscopie supérieure. Son sentiment est que la bronchoscopie présente peut être quelques avantages mais qu'elle a de nombreux inconvénients, notamment la possibilité d'infections bronchiques, pneumonie, etc., qui seraient dues à certaines irritations mécaniques.

Pour un spécialiste très habitué à la manipulation des tubes bronchoscopiques, il croit que cette méthode peut donner des résultats remarquables mais pour un professionnel moins entraîné, il croit que les interventions sur la trachée directement ont des avantages sérieux qui ne sauraient leur être enlevés.

CANY (La Bourboule).

L'auscultation des bruits de la déglutition comme moyen de diagnostic des rétrécissements de l'œsophage, par F. HAUSMANN (*Praktischesky Vrach*, n° 8, 20 février 1911).

Le lieu d'auscultation se trouve à l'union du rebord costal gauche avec le sternum, c'est-à-dire au voisinage du cardia. On entend là quelquefois un bruit qui suit immédiatement l'acte de déglutition,

mais ce premier bruit n'est souvent pas perceptible. Sept à dix secondes après le début de l'acte de déglutition on entend nettement un bruit correspondant au passage du liquide avec l'air à travers le cardia. Ce second bruit peut, dans les conditions normales, manquer lorsqu'existe le premier bruit. Dans les conditions pathologiques ce bruit peut manquer quoique le premier bruit soit absent ; il existe alors une oblitération de l'œsophage ou du cardia, un grand diverticule, etc. Dans les rétrécissements de l'œsophage ou du cardia, le second bruit est plus ou moins en retard, ou bien il est prolongé ou bien encore il est divisé en plusieurs bruits successifs qui se produisent après des intervalles de temps plus ou moins grands. C'est ce que l'on observe le plus souvent dans les cas de cancer. L'auteur a observé des cas où le 2^e bruit ne se fait entendre que 60 à 70 secondes après le début de l'acte de la déglutition. A l'état normal, le 2^e bruit peut être un peu retardé parfois, de sorte qu'il est utile de faire l'auscultation plusieurs fois de suite et ne considérer comme signe de rétrécissement que si à chaque déglutition le second bruit apparaît avec un retard, c'est-à-dire au bout de 20 secondes ou plus. Comme il n'est pas commode de regarder une montre pendant l'auscultation, l'auteur compte d'abord les pulsations chez le malade, puis en auscultant il compte le nombre de battements cardiaques qui se font entendre entre le début de la déglutition et l'apparition du second bruit dans le cardia ; par un calcul simple il déduit le temps écoulé.

M. DE KERVILY (de Paris).

Mort par emphysème grave du cou par perforation trachéale apparente, par BRUN, de Turin (*Gazzetta internazionale di medicina*, 16 mars 1912).

Une fillette de 2 ans avait dégluti une pièce de cinq centimes ; on fit avec le panier de Graefe des tentatives infructueuses d'extraction et bientôt l'enfant présenta un emphysème considérable et succomba bientôt. On aurait pu croire que dans les tentatives l'accrochement du panier aurait amené la perforation de la paroi antérieure de l'œsophage et de la paroi postérieure de la trachée. Il n'en fut rien comme le montra l'autopsie. On ne trouva aucune trace de lésion traumatique sur la paroi de l'œsophage. En revanche, le tissu rétro-œsophagien et rétro-pharyngien et les ganglions du hile pulmonaire étaient transformés en une masse ayant subi la fonte purulente et étaient littéralement bourrés de bacilles de Koch. Ils étaient associés à des bacilles gazogènes qui furent les facteurs de l'emphysème.

MENIER (de Figeac).

Clou de la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie, par G. DE LA ROCHE et MOLINIÉ (*Le larynx*, n° 1, 1912).

Il s'agit d'un tapissier âgé de 31 ans, qui, pendant une inspiration brusque, avala une « semence », pointe conique très aiguë de 1 cent. 1/2 de long que la radiographie découvrit au niveau de la bronche gauche. L'auscultation permit de constater avec des râles et des ronchus une notable obscurité respiratoire. Mais l'état général est altéré et le 17 avril (un mois après l'accident) le docteur Molinié pra-

tique la bronchoscopie supérieure et essaye vainement d'avoir le clou avec l'électro-aimant ; une deuxième tentative fatigue trop le malade sans permettre d'extraire le corps étranger ; enfin le 3 mai on fait une trachéotomie et la bronchoscopie supérieure permet d'extraire le corps étranger caché derrière un tissu de granulations : la plaie trachéale est refermée et le malade se rétablit rapidement.

L'auteur pense que les tentatives par voie buccale sont très difficiles surtout chez un malade déjà anémié et chez lequel les réflexes persistent malgré la cocaïne. Il croit que si l'on s'était trouvé en présence d'un clou mobile sous les voies aériennes et si l'on eût pu appliquer l'électro-aimant lui-même au contact ou à une très grande proximité du clou, la surface d'attraction eût été assez grande pour vaincre la résistance, mais la faible masse du clou caché sous des masses fongueuses, et la solidité de sa fixation n'ont pas permis à l'électro-aimant de triompher de ces diverses résistances. Enfin l'auteur conseille la trachéotomie toutes les fois que les manœuvres présentent une trop grande difficulté car l'introduction du tube à travers les lèvres de la plaie trachéale est des plus aisées, l'emploi d'un tube plus court donne meilleur éclairage et facilite les manœuvres ; la tranquillité est plus grande par suite de la suppression des réflexes pharyngiens. **MERCIER-BELLEVUE** (de Poitiers).

Les contre-indications du traitement opératoire du goitre de Basedow, par le Prof. J. SPIJARNY, de Moscou (*Praktichesky Vratch*, 6 juin 1911, n° 23).

La mortalité après ces opérations varie dans de grandes proportions selon les auteurs, de 3, 5 à 14 %. Certains chirurgiens même disent n'avoir pas eu un seul cas mortel, comme par exemple Klemm (de Riga) qui a fait une communication basée sur 32 cas. Cet auteur, comme aussi A. Kocher, d'après ses observations sur 59 cas, soutient qu'il faut conseiller l'opération à tout malade atteint de goitre de Basedow. D'autres chirurgiens considèrent que l'opération est contre-indiquée dans les cas de cardiopathie, surtout myocardite, de cachexie, d'albuminurie, de myxœdème même au début.

L'auteur examine particulièrement les cas de *thymus persistant*, car sur 21 opérations faites à la Clinique de Moscou en dix ans, il y a eu 2 cas de mort et l'on a observé dans ces cas des symptômes de thymus persistant (troubles cardiaques, etc.). Réunissant les faits publiés sur cette question, l'auteur présente la statistique suivante :

Chez les sujets atteints de goitre de Basedow et morts de cause accidentelle, on trouve le thymus persistant dans 44 % des cas.

Chez les sujets morts de goitre de Basedow, on trouve le thymus persistant dans 82 % des cas.

Chez les sujets morts après l'opération pour goitre de Basedow, on trouve le thymus persistant dans 95 % des cas.

Ces chiffres semblent être suffisamment éloquents pour que l'on considère la persistance du thymus comme une contre-indication à l'opération.

M. DE KERVILY (de Paris).

Influence favorable du traitement rhinologique ou pharyngo-rhinologique sur l'exophtalmie et l'hypertrophie de la glande thyroïde. Contribution au traitement de la maladie de Basedow, par Jean SENDZIAK, de Varsovie (Pologne); in *The journal of laryngol., rhinol. and otol.*, n° 8, vol. XXVII, août 1912.

Flack, de Fribourg, est le premier qui attira l'attention sur la diminution de l'exophtalmie et des troubles qui accompagnent la maladie de Basedow à la suite d'interventions minimales dans le domaine nasal. Dans le cas de Fränkel, de Berlin, la diminution de l'hypertrophie thyroïdienne correspondait au côté cautérisé.

L'auteur rapporte 6 cas personnels : 3 chez des femmes de 26, 36 et 45 ans, 3 chez des garçons de 5, 8 et 13 ans, chez qui le traitement nasal, cautérisation des cornets, massage de la muqueuse ou ablation des végétations amena une amélioration considérable dans l'état de la glande thyroïde, de l'exophtalmie et au point de vue physique et intellectuel.

L'influence favorable des méthodes thérapeutiques nasales et des opérations sur l'évolution de la maladie de Grave se montre de trois manières différentes :

1° L'amélioration la plus évidente porte sur les troubles oculaires et spécialement sur l'exophtalmie, au point qu'elle disparut complètement dans trois des cas de Sendziak.

2° L'influence heureuse sur le volume du goitre n'est pas aussi nette et apparaît beaucoup plus tard.

3° Enfin les autres symptômes de la maladie de Basedow : tachycardie, tremblement, peuvent s'améliorer au point que le pouls tombe par exemple de 120 ou 140 à 88 et même 84. L'auteur conclut que chez tout basedowien on doit supprimer toutes les lésions qu'on peut rencontrer dans le domaine naso-pharyngé. Hoffmann va même jusqu'à conseiller la cautérisation des cornets sains.

Comment expliquer l'effet du traitement nasal sur les symptômes oculaires, glandulaires et généraux. Flack considère le basedowisme comme une névrose réflexe vaso-dilatatrice. Jonas adhère fanatiquement à cette dernière. Finalement l'auteur, d'accord avec son compatriote Skasinski, estime que la prédisposition pathologique du nerf grand sympathique est la première cause de la maladie de Basedow et que l'inflammation des amygdales la précède. Stasinski, il y a peu de temps, notait l'augmentation de l'exophtalmie après un catarrhe aigu du nez.

LABOURÉ (d'Amiens).

VIII. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Traitement des processus infectieux locaux avec l'iode de Na et l'ozone ou avec l'eau oxygénée, par PFANNENSTILL (*Nordiskt medicinskt Arkiv*, 1911, 2^e partie, n° 12).

Jusqu'ici l'auteur a traité 14 cas de tuberculose du larynx par l'iode de Na et l'ozone; 9 sont guéris et ont été observés pendant

assez longtemps après la guérison ; les autres 5, dont quelques-uns étaient très gravement atteints, ont été considérablement améliorés.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Valeur curative des inhalations à sec par la méthode Stefanini-Gradenigo, par GRADENIGO, de Turin (*Archivio italiano di otologia*, 1912).

L'auteur discute les indications et contre-indications des applications curatives du nuage sec et démontre sa grande efficacité tant dans le traitement des affections locales que dans celui des affections générales.

Il insiste sur la nécessité d'un examen des malades par un médecin compétent avant de les soumettre au traitement ; il faut ensuite contrôler l'effet de l'inhalation par l'examen objectif des premières voies aériennes, pratiqués soit tout de suite après la séance soit au bout de quelque temps.

U. CALAMIDA (de Milan).

Position droite dans les opérations rhino-laryngologiques avec anesthésie générale à l'éther, par FRENCH, de Brooklyn (*New York med. Journ.*, 1^{er} juin 1912).

Avec cette méthode, le danger de chute du sang dans les voies aériennes n'est pas plus grand qu'avec la position de Rose. L'auteur a imaginé une table-chaise permettant de donner à volonté toutes les positions. Il faut moins d'éther et le sujet est soumis à un shock et à des troubles post-opératoires moindres.

MENIER (de Figeac).

Sur l'emploi du pyrogallol oxydé (pyraloxine) dans les affections des oreilles, du nez et de la gorge, par S. VON STEIN (de Moscou) (*Prakticheskoy Vratch*, 1912).

Ayant été atteint d'un coryza violent et prolongé, l'auteur a d'abord essayé ce médicament sur lui-même. Il a obtenu un effet remarquable et a entrepris l'étude thérapeutique de cette substance réductrice qui a une action très élective sur les tissus enflammés sans produire de phénomènes surajoutés désagréables. L'auteur a employé en usage externe la pyraloxine en solution étendue de 1 : 20.000 à 1 : 1000. En badigeonnant une muqueuse normale, on voit sur les cornets du nez apparaître de la pâleur avec contraction au bout de quelques secondes. De même sur les amygdales et le larynx. On obtient une amélioration rapide ou la guérison après badigeonnages dans les cas de rhinites catarrhales aiguë et chronique. Dans la rhinite hypertrophique, l'amélioration dure plus ou moins longtemps selon le développement du tissu conjonctif ; l'installation de gouttes après une cautérisation diminue la réaction inflammatoire et la quantité de mucosités. Dans les empyèmes des cavités annexes, ce médicament modifie la sécrétion qui, de purulente, devient muqueuse. Des effets remarquables sont décrits par l'auteur dans le traitement de l'ozène, de la pharyngite, de la laryngite, des ulcérations tuberculeuses, des otites moyennes avec perforation du tympan, du lupus, du cancer laryngé, etc.

La pyraloxine a donné aussi de remarquables résultats en usage interne à dose de 0 gr. 4 à 0 gr. 6 par jour (pyraloxine à 1 : 1000

dans une solution de carbonate de soude à 2 %), surtout dans les cas de cancer. La pyraxoline neutralise l'action toxique des produits dus aux échanges biologiques des cellules cancéreuses (auto-intoxication) ; l'état général du malade s'améliore, l'appétit augmente.

M. DE KERVILY (de Paris).

Résultats du traitement du lupus par la méthode de Pfannenstill, par STANGENBERG (*Allm. svenska läkaretidnigen*, n° 19, 1912).

Les résultats obtenus à l'hôpital de Saint-Georges n'ont pas été aussi bons que ceux obtenus dans le service de l'Institut de Finsen à Copenhague ; on a traité en tout 20 cas ; dans 3 on a interrompu le traitement ; un cas fut réfractaire au traitement ; dans 5 cas il y eut des récides et dans 11 seulement il y paraît y avoir eu guérison.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Valeur thérapeutique des inhalations à sec par la méthode Stefanini-Gradenigo, par C. CALDERA, de Turin (*Arch. ital. otologia*, 1912).

Les expériences démontrent que chez les animaux soumis aux inhalations prolongées, on obtient une augmentation des échanges organiques.

U. CALAMIDA (de Milan).

Sur un nouveau procédé de mécano-thérapie de la tuberculose pulmonaire, par PEDRAZZINI et de VECCHI.

Frappé de l'amélioration notable survenue chez un tuberculeux sous l'influence mécanique exercée par un appareil de traction sur les membres supérieurs, de Vecchi entreprit avec Pedrazzini une dizaine d'essais pour apprécier la valeur thérapeutique du procédé en question. De plus pour favoriser l'afflux du sang vers le poumon il fit adopter au patient la position inclinée, les pieds maintenus plus haut que la tête.

Ces deux praticiens notèrent une décharge des sécrétions bronchiques, diminution de l'expectoration, abaissement de la température, disparition des sueurs profuses avec amélioration des signes stéthoscopiques.

Ils expliquent les effets favorables ainsi obtenus de la façon suivante : l'air ne stagne plus aux sommets pulmonaires et le sang y afflue ; les viscères en pesant sur le diaphragme limitent les excursions de cet organe réduisant l'expansion des bases pulmonaires en augmentant celle des sommets. L'extension des bras transforme le type respiratoire diaphragmatique en costal supérieur et de ce fait l'appel d'air dégage nombre de bronchioles et d'alvéoles auparavant oblitérées ; c'est ainsi que l'on constate la réapparition du murmure vésiculaire au niveau des points où il paraissait complètement éteint.

Enfin l'attitude renversée produit une sorte de drainage naturel qui facilite l'expectoration, ce qui supprime l'accumulation de toxines et les phénomènes fébriles consécutifs.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

IX. — VARIA

Spirochètes et spirochètoses des voies aériennes et digestives supérieures, par le prof. GERBER, de Königsberg (*Virchows Archiv*, vol. 207, 1912).

Il existe, dit Gerber, une série d'affections ulcéro-membraneuses de la cavité bucco-pharyngienne produites par des spirochètes et des bacilles fusiformes; ces affections réagissent au salvarsan. L'angine de Plaut-Vincent n'est qu'un chaînon dans ces affections. Ces faits sont importants en raison des erreurs diagnostiques (même au microscope) qui peuvent survenir grâce à la confusion qui peut se produire avec le spirochète pâle. Il faudra dans le chapitre des affections bucco-pharyngiennes consacrer un chapitre aux spirochètoses.

MENIER (de Figeac).

Statistiques de la section oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Joseph et de l'hôpital royal en 1910, par SCHMIEGELOW (Copenhague, 1911).

Du coup d'œil synoptique jeté sur les travaux de la clinique de l'hôpital Saint-Joseph, il ressort qu'en 1910 on a traité 363 malades et fait 340 opérations dont 29 sur les sinus du nez, 31 trépanations mastoïdiennes simples et 42 opérations radicales. En outre ce fascicule renferme des cas provenant de ces deux services et qui ont été relatés déjà dans les travaux de la société danoise d'oto-laryngologie.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Instruments nouveaux, par ANDERSON (*New-York med. journ.*, 27 avril 1912).

L'auteur présente un nouvel irrigateur pour le sinus maxillaire; un ciseau pour la même cavité et une pince coupante à manche unique et à mors interchangeable destinée aux sinus frontal, spénoïdal et maxillaire.

MENIER (de Figeac).

Un cas d'aphonie et de dysphagie chez un enfant de 5 ans, par A. VIRCHOUSKY (*Prakticheskij Vrach*, 20 mars 1911, n° 12).

Il s'agit d'un enfant bien portant auparavant, qui fut témoin d'une crise d'épilepsie, puis deux mois plus tard fut très effrayé par un chien qui se jeta sur lui. Subitement cet enfant devint complètement aphone et présenta des troubles très grands de la déglutition, le rendant incapable d'avaler non seulement des aliments solides, mais aussi les liquides. Tous ces troubles hystériques disparurent au bout de deux jours lorsqu'on amena l'enfant à l'hôpital auprès de la machine électrique.

M. DE KERVILY (de Paris).

Moyen de diagnostiquer l'ankylose de l'étrier, par F. P. STUM, M. CH. (in *The journal of laryngol., rhinol. and otol.*, 8 juin 1912, n° 6, vol. XXVII).

L'épreuve de fixation de la platine de l'étrier est basée sur deux faits : 1° La présence invariable de paracousie dans l'otosclérose ; 2° l'impossibilité d'élever la tension labyrinthique en exerçant une pression sur la platine ankylosée (Gellé).

Epreuve de paracousie. — Si le malade ne reconnaît pas entendre mieux dans le bruit, on procède ainsi : On éloigne son oreille d'une montre jusqu'à ce qu'elle ne soit plus entendue ; puis le pied d'un gros diapason (C. 128) est appliqué sur la mastoïde, le malade déclare alors entendre la montre quelques instants, puis l'audition décroît, en même temps que la vibration du diapason.

Epreuve de Gellé. — Elle a surtout de la valeur positive, en l'absence de fistule labyrinthique, mais négative elle ne prouve pas l'immobilisation des platines, même dans les oreilles normales, les résultats sont contradictoires, on commence par s'assurer de la perméabilité de la trompe d'Eustache, au besoin on l'augmente avec une pulvérisation d'adrénaline. Puis on applique le masseur ou la poire de Politzer à moitié vide d'air et on l'abandonne à elle-même. Trois cas peuvent se présenter : A. Le son est moins perçu par le patient ; la platine de l'étrier a donc refoulé les liquides labyrinthiques, elle est donc mobile ; B. Le son est plus élevé, il s'agit d'une ankylose du marteau qui empêche le refoulement de la platine de l'étrier ; C. Le son ne change pas, on peut affirmer une ankylose de la platine de l'étrier.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

Contribution à la pathogénie et à la clinique de la trombose aseptique et otogène du sinus, par L. MAHLER (*Hospitalstidende*, 24 janvier 1912).

A été publié *in extenso* ici-même, n° de novembre-décembre 1912.

MENIER (de Figeac).

Constitution et fonction de la crête ampullaire, par SHAMBAUGH (Chicago) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, Bd. LXV, H. 1).

L'auteur étudie le rôle et l'histologie de la portion spéciale de l'utricule qui est désignée sous le nom de tache acoustique. Il a surtout recherché le rôle que joue cette portion de l'utricule dans la production du nystagmus. Il fait jouer un rôle important à la circulation du liquide endolymphatique et à toutes les impulsions qu'il donne pendant les mouvements du corps sur cette crête et sur les cils vibratiles qui en terminent l'extrémité libre. Cette étude contient des coupes histologiques de cette portion de l'utricule et des schémas des actions du mouvement des liquides sur les terminaisons acoustiques.

CANY (La Bourboule).

L'anesthésie dans l'énucléation de l'amygdale, par GARTHWAITHE-FISCHER (*New York med. Journ.*, 24 février 1912).

L'auteur préconise l'injection de cocaïne-adrénaline au niveau du pilier antérieur (deux gouttes), à la base de l'amygdale, au pôle supérieur, au pilier postérieur, à la base du pédicule près de la langue. On emploie en tout 3 à 4 centicubes de solution (0,06 centigr. pour 3 gr. d'eau).

MENIER (de Figeac).

Sur la technique de l'ablation des végétations adénoïdes de l'espace naso-pharyngien, par L. POLONSKY (de Kieff).

(*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 3, avec 2 fig.).

Depuis plusieurs années, l'auteur pratique cette opération au

moyen de l'instrument de Fein, mais modifié de telle sorte que grâce à une courbure en Z de la tige la main droite qui tient l'instrument se trouve placée à gauche du malade. Ainsi, l'opérateur peut se guider, non seulement par le toucher mais aussi par la vue, le champ opératoire restant bien éclairé.

M. DE KERVILY (de Paris).

Les angines diphtériques frustes, par PETRUCCI (*Policlinico*, section pratique, 2 juin 1912).

L'auteur relate trois cas d'angine diphtérique non douteuse au point de vue bactériologique, mais où l'intensité des manifestations générales fut minime; il fait ressortir le danger de ces cas frustes pour la dissémination de l'infection. De plus, ces cas sont exposés tout comme les angines manifestes aux complications paralytiques et autres de la diphtérie; de là nécessité d'un examen bactériologique tant dans l'intérêt de l'individu que dans celui de la communauté.

MENIER (de Figeac).

Exentération partielle du larynx avec ablation totale de l'épiglotte après laryngofissure, par D. ORIA (*Archivio italiano di laringologia*, avril 1912).

Description d'un cas d'adénocarcinome du larynx opéré par le prof. Biondi avec guérison observée au bout de 44 mois avec déglutition de bols alimentaires liquides et compacts et phonation normale.

U. CALAMIDA (de Milan).

Diagnostic d'une surdité unilatérale par le signe de Lombard, par PAPE (Nordhausen) *Zeitsch. f. Ohrenheil.*, Bd. LXIV, H. 4).

L'auteur a fait des recherches sur l'acuité auditive de 43 personnes et il a pu se convaincre que le signe de Lombard, élévation de la voix pour les malades atteints de surdité labyrinthique, permettait de diagnostiquer la surdité unilatérale moins aisément que les auteurs ne le pensaient. Il croit néanmoins que la présence de ce signe positif peut être considérée comme un moyen exact de contrôle mais que son absence ne saurait permettre de conclure d'une façon absolue. Il considère toutefois ce signe et sa recherche comme un moyen facile et commode de diagnostic extemporané des affections de l'oreille.

CANY (La Bourboule).

Les abcès du pharynx, par SHEEDY, de New-York (*Medical Record*, 29 juin 1912).

L'auteur expose les diverses causes de l'abcès du pharynx : on doit être réservé pour le pronostic, car il peut y avoir des conséquences sérieuses : fusées purulentes dans la plèvre, œdème de la glotte, pneumonie, etc. Il relate un cas où l'abcès chez un enfant se vida par le nez; chez ce jeune malade, la cause originelle était une otite moyenne postgrippale.

MENIER (de Figeac).

Contribution à l'anatomie pathologique des pertes de substance intéressant la capsule labyrinthique sans troubles fonctionnels, par SCHMIEGELOW (Copenhague) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV, H. 2).

L'auteur passe en revue quelques cas révélés à l'autopsie de sup-

puration de l'oreille moyenne qui ont entamé la capsule labyrinthique sans que des complications soient survenues. Il cite notamment le cas d'une de ses malades de 15 ans chez laquelle on constata ces troubles à l'autopsie sans que l'on ait soupçonné leur présence avant le décès.

CANY (La Bourboule).

Sarcome du maxillaire inférieur, par WHITALL (*New York med. Journ.*, 24 février 1912).

Sarcome consécutif à un traumatisme ; il s'agissait d'un sarcome globocellulaire. Opéré le 14 août 1911 avec résection d'une partie considérable de l'os. Traitement ultérieur par les rayons X et le liquide anti-cancéreux de Coley. Pas de récurrence. MENIER (de Figeac).

Extirpation du larynx et du pharynx, par KAUSER (*Nord. med. Archiv*, n° 20).

L'auteur relate un cas d'extirpation totale du pharynx et du larynx pour cancer ; on employa la méthode de Gluck. La plaie guérit et le malade est nourri à la sonde ; il est en bonne santé.

Jörgen MÖLLER (de Copenhague).

La stomatite chez les enfants, par LEGRAND KERR (*American medicine*, février 1912).

L'auteur passe en revue les diverses formes de stomatites infantiles : muguet, stomatite gonococcique, stomatites ulcéreuses et avec fétidité telles que la stomatite ulcéreuse et la stomatite gangreneuse (noma), les stomatites syphilitiques et les aphtes. Un court paragraphe est enfin consacré à la stomatite membraneuse.

MENIER (de Figeac).

Sur la pyohémie otogène, par V. THEM (*Hospitaltidende*, n° 10, 1912).

L'auteur relate deux cas de pyohémie dans l'otite aiguë. Dans le premier cas survinrent des infiltrations bleu-rougeâtres cutanées, rapidement changeantes sur la face et même sur le bras. Dans le second cas, après palpation de la paroi du sinus à nu dans la plaie, il survint une pyohémie de courte durée, due probablement au détachement d'un thrombus pariétal.

Jörgen MÖLLER (de Copenhague).

Précocité et retard à l'école dans leurs relations avec les maladies, par MUMFORD (*Medical Chronicle*, mars 1912).

L'auteur parmi les facteurs du retard dans les progrès scolaires énumère les végétations adénoïdes et les amygdales.

MENIER (de Figeac).

Contribution à l'étude des néoplasmes polypoïdes du larynx, par BILANCIONI (*Tumori*, 1^{re} année, fasc. 4, 1912).

Étude clinique et histologique de 15 cas de polypes du larynx avec considérations cliniques et histologiques générales.

U. CALAMIDA (de Milan).

Complications otologiques, rhinologiques et laryngologiques de la grippe chez les enfants, par OPPENHEIMER (*American medicine*, avril 1912).

L'auteur étudie le coryza, la pharyngite et les otites grippales

avec leurs complications. Il estime que dans certains cas on ne doit pas trop se hâter de croire aux complications du côté de l'oreille, car les signes généraux sont souvent l'effet non de la lésion mastoïdienne mais dépendent de l'infection générale grippale.

MENIER (de Figeac).

Sur le diagnostic des affections de l'œsophage à l'aide des rayons Röntgen, par J. ROSENBLAT (d'Odessa) (3^e congrès des thérapeutes russes in *Praktichesky Vratch*, 15 avril 1912, n° 16).

L'auteur communique plusieurs cas personnels où le diagnostic a pu être précisé par cette méthode. Il insiste sur la nécessité d'un examen attentif du cardiopasme qui est souvent un signe précoce de cancer au début. Une opération faite à ce moment peut prolonger notablement la vie du malade.

M. DE KERVILY (de Paris).

Résultats définitifs dans les cancers de la langue, par SHORT (*British med. Journ.*, 20 avril 1912).

Sur trente-huit opérations, la mortalité immédiate fut de 5,3 %. Sur 29 cas, 7 furent guéris en apparence (après 2 ans), soit un pourcentage de 24, 1 %. Les résultats sont bien meilleurs quand on enlève les ganglions, la récurrence est retardée ou empêchée. Les ablations partielles de la langue furent suivies de récurrence locale dans 6 cas sur 29.

MENIER (de Figeac).

Étude sur la topographie de l'hypophyse du sinus caverneux et de la carotide interne, par LEVINGER (Munich) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXV Bd., H. 1).

Cette étude est un complément à celle que le même auteur a déjà publiée dans le même périodique sur l'intervention sur les tumeurs de l'hypophyse. Il explique par 3 figures les rapports entre les trois points importants à connaître pour cette intervention : l'hypophyse, le sinus caverneux et la carotide interne.

CANY (La Bourboule).

Kyste dermoïde médian du nez, par MACLEOD YEARSLEY (*British journ. of Children's diseases*, avril 1912).

Fillette de 5 ans avec tuméfaction progressive au niveau de la ligne médiane du nez. Pas de signe de fistule. Ablation par une incision médiane. En disséquant le kyste on le trouva attaché aux os du nez près de leur jonction avec les cartilages latéraux ; il renfermait une matière analogue à du mastic et il était tapissé de poils blancs fins.

MENIER (de Figeac).

Pièce nouvelle pour le cathétérisme et l'élargissement de la fente sphénoïdale (avec une figure dans le texte), par RICHTER (de Plauen) (*Zeitsch. f. Ohrenheil.*, LXIV Bd., H. 4).

L'auteur décrit une nouvelle pince qui présente divers avantages sur les pinces antérieurement employées, surtout par ce fait qu'elle permet une intervention plus facile et une atteinte plus directe des sinus sphénoïdaux.

CANY (La Bourboule).

VII. — NOUVELLES

Informations.

Enquête collective internationale sur l'ozène.

Au III^e Congrès de Rhino-Laryngologie tenu à Berlin en août 1911, il a été décidé, sur la proposition de M. Alexander (de Berlin), d'organiser une *Enquête collective internationale sur l'Ozène*, enquête dont les résultats seraient publiés et discutés au prochain Congrès de Laryngologie de Copenhague en 1915.

Le Comité Central chargé des travaux préliminaires a été nommé à ce Congrès : il est composé de MM. Alexander, Grabower, Rosenberg, pour l'Allemagne. Ce Comité a demandé à différents collègues des autres nations de prendre la direction des recherches dans leur pays.

M. Mahu, qui a accepté pour la France, a attendu la réunion à Paris du Congrès Français d'Oto-rhino-laryngologie les 13, 14 et 15 mai dernier, afin de s'assurer le concours de ses collègues. Avec l'approbation de la Société Française, il a demandé à MM. Lombard et Sieur de vouloir bien se joindre à lui pour constituer un *Comité Centralisateur des recherches*. M. Robert Foy a été choisi comme secrétaire.

Le Comité, ainsi constitué, a cru devoir inviter à participer aux recherches certaines personnalités choisies :

1^o Dans les différentes branches de la médecine civile et militaire et des sciences qui s'y rattachent :

M. Landouzy, doyen de la faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

MM. Bar, Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de médecine ; Bertrand, Médecin Inspecteur général de la Marine ; Chavasse, Médecin Inspecteur général de l'Armée ; Gaucher, Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie ; Hutinel, Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine ; Martin, Directeur à l'Hôpital Pasteur ; Pierre Teissier, Professeur à la Faculté de Médecine ; Vallée, Directeur de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort... (La liste complète des adhésions sera publiée ultérieurement.)

2^o Dans la spécialité oto-rhino-laryngologique :

MM. Boulay, Bourgeois, Castex, Chatellier, Helme, Lermoyez, Luc et Lubert-Barbon ; les Secrétaires généraux des deux Sociétés oto-rhino-laryngologiques : MM. Depierris et Vieillard.

Ces recherches sur l'ozène devant être assez étendues, et porter non seulement sur les malades qui viennent consulter chez le médecin ou dans les hôpitaux, mais encore sur toutes les agglomé-

ractions (écoles, armée, marine, usines, administrations, hospices, etc.), il est nécessaire pour mener à bien ce travail en France :

1° De le subdiviser le plus possible.

2° De le diriger partout suivant une règle commune.

A l'exemple des autres puissances, le Comité Centralisateur a divisé la France et ses colonies en différentes régions comprenant chacune un certain nombre de départements. Dans chaque région, un organisateur, choisi autant que possible dans un centre académique ou hospitalier, est chargé de constituer un Comité sur le type adopté à Paris et d'y diriger les recherches en s'assurant le concours des confrères et des personnalités utiles des départements qu'elle renferme.

Ces organisateurs sont, pour la France :

MM. Bonain (Brest), Escat (Toulouse), Frémont (Caen), Gaudier (Lille), Jacques (Nancy), Lannois (Lyon), Molinié (Marseille), Moure (Bordeaux), Mouret (Montpellier), Texier (Nantes), Vacher (Orléans).

Des instructions générales sur la marche à suivre seront transmises aux organisateurs.

En dehors de ceux qui sont officiellement chargés, le Comité fait appel à la bonne volonté de tous les médecins français et recueillera avec empressement les indications que ceux-ci voudront bien lui transmettre. Il se tiendra à leur disposition pour fournir tous renseignements utiles.

LOMBARD.

MAHU.

SIEUR.

La correspondance sera adressée à M. le Dr ROBERT FOY, Secrétaire Général, 28, rue de la Trémouille, Paris.

Le I^{er} Congrès annuel de la Société de laryngologie de Philadelphie s'est tenu le mardi 25 juin 1912 et a procédé à l'élection de son bureau qui est constitué de la façon suivante :

Président ; Dr ROSS HALL SKILLERN ; vice-président : Dr GEO W. MACKENZIE ; secrétaire et trésorier : Dr Charles H. O'REILLY.

Comité exécutif :

Dr Herbert M. GODDARD (nommé pour 3 ans) ; Dr E. B. GLEASON (nommé pour 2 ans) ; Dr Ellwood MATLACK (nommé pour 1 an).

Le secrétaire déclare que cette année le nombre s'est accru de 100 pour 100. Il y a eu jusqu'à maintenant 11 réunions scientifiques.

Prière d'adresser les communications à W. L. BALLENGER.

La société s'ajourne au 3^e mardi de septembre.

Le IV^e congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Bilbao du 26 au 29 août 1912.

Cisneros présentera un rapport sur « La chirurgie du larynx » ; Tapia fera le sien sur « Le diagnostic des labyrinthites ».

Les spécialistes basques ont organisé un programme de fêtes, d'excursions en montagne, en automobiles, en bateaux, des concerts, des représentations de gala. La date placée entre le Congrès international de la tuberculose de Saint-Sébastien, et les célèbres fêtes

et courses de taureaux de la ville de Nervion, permettront aux congressistes de profiter de ceux-ci.

Envoyer les bulletins d'inscription à un des membres suivants du bureau : Castañeda (de Saint-Sébastien), président ; Galdiz (de Bilbao) et Barajos (de Madrid), vice-présidents ; Horcasitas (de Madrid), trésorier ; Gereda (de Madrid), secrétaire ; et Fernandez (de Bilbao), secrétaire adjoint.

Société allemande d'otologie. — La 21^e réunion aura lieu à Hanovre. A l'ordre du jour : « Les accidents du travail concernant l'oreille ». On a élu une commission composée de Wittmaack (Iéna), Voss (Francfort-s.-M.), Peyser (Berlin).

Nominations.

Le Dr KNICK a été nommé privat-docent d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Leipzig.

M. UFFENORDE, privat-docent d'otologie et de rhinologie à Gottingen a été nommé professeur.

Le Dr HOFFMANN, de Dresde, et le privat-docent UFFENORDE, de Göttingen, sont nommés professeurs.

— BIEHL, docent à Vienne, est nommé professeur.

— FLATAU, de Berlin, est nommé professeur et directeur de la clinique otologique de la Charité.

Distinctions honorifiques.

Par récent décret, notre collaborateur le comte Joseph Gradenigo, professeur ordinaire d'oto-rhino-laryngologie de la Faculté de Turin, vient d'être promu par le roi au grade de Commandant de la Couronne d'Italie.

Nécrologie.

Le 7 juillet 1912 est décédé le professeur d'otologie de l'Université de Prague, E. KAUFMANN. Né en 1852, il fit ses études à l'Université de Prague, fut assistant de Zaufal et étudia également dans les cliniques de Gruber, Politzer et Schwartz. En 1887 il fut nommé privat-docent d'otologie et en 1891 il reçut la chaire tchèque d'otologie. Une série de travaux parus dans la *Prager med. Wochenschr.*, les *Mediz. Jahrbücher* (de Vienne), la *Monatschrift f. Ohrenheilk.* et la *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, datent du temps de ses fonctions de professeur. Il était très aimé comme professeur et sa clinique reçut souvent des médecins étrangers venus pour se perfectionner.

L'Iodalose Galbrun ou iode physiologique, soluble, assimilable, est la première combinaison directe de l'iode avec la peptone. — Remplace toujours iode et iodures sans iodisme. — Vingt à cinquante gouttes par jour pour les adultes. — Littérature et échantillons : Laboratoire Galbrun, 18, rue Oberkampf, Paris.

Æthone ($C^7H^{16}O^3$), sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes de l'æthone qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000^e.

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.



Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 0,25 centigrammes.

Le Gérant : M. DESBOIS.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS.

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ŒSOPHAGOSCOPIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE¹

Par **SARGNON** (de Lyon).

Nous avons eu depuis 1906 l'occasion d'observer surtout avec MM. Bérard, Nové-Josserand et Vignard, 32 cas de sténose cicatricielle, pour la plupart graves, de l'œsophage.

A part quelques cas où la dilatation simple a suffi, dans la plupart il nous a fallu recourir à l'œsophagoscopie soit comme diagnostic étiologique, soit comme recherche de la lésion, soit surtout pour la cure des cas graves.

Nous avons à diverses reprises publié nos recherches. Signalons notamment nos travaux publiés dans le *Lyon Médical* depuis cette date et aussi à la Société française de Laryngologie en 1908, 1909, 1910, 1911 et 1912. Tout récemment nous avons relaté la plupart de ces cas dans la *Province Médicale*, 17 février 1912, et dans la Thèse de notre élève M. Burel : Lyon, 1912. Toutes les observations que nous avons recueillies jusque-là sont relatées surtout dans ces deux travaux et dans un travail qui vient de paraître avec le Docteur Alamartine dans la *Revue de Chirurgie*, août 1912. Nous donnerons donc ici simplement une vue générale sans relater nos cas publiés dans ces divers travaux.

Et tout d'abord, constatons que si, avant l'œsophagoscopie, les méthodes de cure des rétrécissements cicatriciels sont multiples, comme la dilatation préconisée dès 1742 par Manchard, la cautérisation, actuellement abandonnée, l'électrolyse qui un instant abandonnée fut reprise depuis l'œsophagoscopie, l'œsophagotomie interne qui a subi le même sort que l'électrolyse. Dans les cas graves les chirurgiens pratiquaient la bouche stomacale avec d'ailleurs des succès pas toujours satisfaisants, surtout chez l'adulte, à cause de l'incontinence de la bouche. Cependant la gastro pratiquée par les procédés valvulaires et notamment par le procédé de Fontan, améliore le pronostic de cette intervention.

¹. 1. Communication faite au Congrès espagnol de laryngologie de Bilbao, août 1912.

La gastro permet de pratiquer l'œsophagotomie à la ficelle, et surtout de faire la dilatation avec le fil préconisé et utilisé par Von Hacker dès 1887, méthode actuellement très reprise et qui donne de beaux succès. Dans certains cas de sténose haut placée certains chirurgiens pratiquent l'œsophagotomie externe, soit au-dessus, soit au-dessous du rétrécissement, pour pouvoir l'aborder de plus près. Enfin ces dernières années, la chirurgie, plus audacieuse, a pratiqué l'extirpation partielle de l'œsophage, des abouchements anormaux avec la peau, l'estomac, méthodes graves pour la plupart et dont les résultats thérapeutiques sont plutôt contestables.

Par contre, si nous considérons les résultats œsophagoscopiques obtenus soit pour le diagnostic, soit surtout pour le traitement, nous constatons que, avec Von Hacker, Mickulicz, Stork, Schrøtter, Killian et son école, Jackson en Amérique, Garel, Guisez, Moure, Sencert, et nous-même en France, Botella, Botey, Tapia en Espagne, on a obtenu beaucoup dans cet ordre d'idées.

La plupart des cas que nous avons observés sont naturellement dus à l'injection du liquide caustique, soit de l'acide sulfurique, soit de la potasse, soit du liquide qui sert à la préparation des olives vertes, et qui contient de la soude. En pareille circonstance, la sténose est en général précoce, il est pourtant des cas éloignés, nous venons d'en observer un survenu 7 ans après. Signalée par quelques auteurs, la sténose consécutive à un traumatisme n'a jamais été constatée dans nos cas ; par contre, nous avons observé des sténoses consécutives à des ulcérations, un cas après scarlatine, un cas consécutif à un ulcère peptique de la région du cardia. Nous n'avons jamais observé de sténose syphilitique. Dans un cas, d'ailleurs douteux, il s'agissait peut-être de tuberculose, mais la pièce a malheureusement été égarée. Par contre, nous avons observé un cas net de sténose cicatricielle consécutive à un spasme chronique enflammé, et deux cas congénitaux graves incurables.

Nous n'avons pas à décrire ici notre technique œsophagoscopique pour l'œsophagoscopie haute, c'est la technique courante. Cependant nous utilisons dans les cas de sténose élevée, soit la lampe de Brünings, soit la lampe de Clar, mais avant de pratiquer l'œsophagoscopie, le plus souvent sous cocaïne et en position assise, nous explorons au préalable l'œsophage par les rayons X et les sondes molles. Comme pompe aspiratrice nous utilisons surtout la trompe à eau, qui, maniée prudemment avec une pression non exagérée, donne de bons résultats ; dans les cas un peu complexes, surtout quand un spasme nous arrête à la bouche de l'œsophage,

nous le franchissons souvent à l'aide de notre mandrin de gomme qui s'adapte sur une tige universelle, ce qui simplifie l'instrumentation. Mais quand il s'agit de sténose basse chez le malade gastrostomisé, nous utilisons très souvent l'œsophagoscopie rétrograde avec des tubes de 7 ou 9 mm. munis d'un mandrin métallique et qui peuvent s'éclairer soit avec le Clar, soit avec la lampe de Brünings. Le malade est mis en position couchée, le thorax relevé par des coussins pour diminuer l'obliquité de l'instrumentation. L'anesthésie locale est le plus souvent inutile, car ni l'estomac ni l'œsophage inférieur ne sont douloureux. Il est préférable de pénétrer dans le cardia avec le tube muni du mandrin, on évite ainsi le liquide stomacal, et les manœuvres de pompage parfois fort longues qui en résultent. Avec de l'habitude on arrive très vite à pénétrer d'emblée dans l'œsophage inférieur, l'instrument reste bien toujours un peu oblique, il est soulevé par les battements aortiques, de sorte que l'on peut par cette voie faire des opérations simples, mais pas d'intervention sanglante.

Le diagnostic des lésions cicatricielles de l'œsophage est en général fait d'emblée par les antécédents du malade qui raconte très nettement son histoire de brûlure. Cependant il y a des cas où l'œsophagoscopie est absolument indispensable pour établir le diagnostic causal; nous avons entre autre observé un petit atteint de sténose de l'œsophage et nous n'avons trouvé comme antécédent qu'une histoire douteuse de soupe avalée trop chaude; effectivement il s'agissait d'une sténose cicatricielle, qui a d'ailleurs guéri par dilatation simple après examen œsophagoscopique, qui a permis d'éliminer le corps étranger. L'œsophagoscopie est aussi indispensable pour porter sûrement le diagnostic de rétrécissement congénital, quand il s'agit bien entendu d'un petit suffisamment résistant, car nous n'avons pas osé encore pratiquer l'œsophagoscopie sur les nouveau-nés atteints d'oblitération congénitale de l'œsophage. L'œsophagoscopie permettra seule aussi de poser nettement le diagnostic de sténose cicatricielle quand elle est occasionnée par la cicatrisation d'une ulcération due à une maladie infectieuse ou à un ulcère par spasme chronique avec ou sans poche, mais avec phénomènes inflammatoires.

Le diagnostic, et surtout le traitement œsophagoscopique, ont heureusement modifié le pronostic habituellement grave de ces sténoses, qui autrefois donnaient une mortalité immédiate ou tardive de 40 à 50 %. Sur 32 cas nous avons eu 6 décès, mais il faut éliminer 2 cas congénitaux incurables; restent donc 4 décès sur 30 cas, et ces décès sont dus, l'un à une diphtérie

intermittente, un autre à une broncho chez un bronchitique après œsophagotomie interne, un troisième à une gangrène pleuro-pulmonaire survenue tardivement après guérison de l'œsophage; le quatrième survenu chez une vieille femme très cachectique après le passage du fil sans fin, ne peut être mis sur le compte d'une intervention aussi bénigne. Cette mort est uniquement due à la cachexie progressive, la malade portant déjà sa gastro depuis quatre ans. Nous venons d'avoir connaissance d'un autre de nos cas, mort au cours de la dilatation rétrograde qu'il se pratiquait lui-même; probablement il a eu des phénomènes d'œsophagite. En réalité dans notre statistique nous pouvons compter seulement quatre morts, ce qui est peu.

Le traitement des sténoses cicatricielles varie suivant l'intensité du cas; nous ne parlons bien entendu ici que du traitement chirurgical, en comprenant la dilatation simple comme un acte chirurgical, car les divers médicaments comme la thiosinamine, ne nous ont donné que des succès.

Ces méthodes de traitement varient suivant les cas :

1° Cas simples;

2° Cas complexes;

3° Cas nécessitant une intervention chirurgicale externe.

1° Cas simples. — Ils sont justifiables de la dilatation simple, qui comporte l'emploi des bougies de gomme, surtout des bougies plombées de Bouchard. Nous utilisons souvent les sondes d'Harmonic qui aident la dilatation, et les bougies œsophagiennes genre conducteur de Maisonneuve. Nous préférons naturellement la dilatation lente méthodique aux dilatations brusques et réservons la dilatation avec les sondes à air pour les spasmes de l'œsophage. Fréquemment dans les cas un peu serrés nous laissons une fine sonde à demeure pendant plusieurs heures; on peut même la laisser 24 heures en alimentant son malade par lavements. Mais en général quand une fine sonde est restée plusieurs heures dans un œsophage même très rétréci, sans qu'elle se soit coudée, on peut habituellement passer rapidement les numéros plus forts.

2° Cas plus complexes. — C'est alors qu'intervient l'œsophagoscopie pour chercher l'orifice, sa situation trop souvent latérale, la multiplicité des sténoses. Une fois ces données acquises, l'œsophagoscopie nous sert encore pour appliquer à coup sûr la dilatation toutes les fois qu'elle est possible, et c'est alors l'immense majorité des cas. A ce moment nous utilisons suivant les circonstances, soit la dilatation simple intermittente progressive,

soit la dilatation sous le contrôle de l'œsophagoscopie, soit même la dilatation caoutchoutée pendant plusieurs heures en introduisant œsophagoscopiquement une sonde tendue sur mandrin comme dans le procédé de Martin (de Lyon), et reliée à l'extérieur par un ou deux fils de soie solide; au Congrès de Berlin 1911 Brünings a préconisé des sondes spéciales pour cette manœuvre que nous avons déjà eu l'occasion d'utiliser dès 1908.

Dans les cas complexes à forme nettement membranoïde, sous le contrôle de l'endoscopie, nous pratiquons parfois l'œsophagotomie interne, soit avec œsophagotome à conducteur de Guisez, soit avec notre l'œsophagotome à lame cachée, qui a surtout son utilité quand le conducteur ne peut franchir le rétrécissement; nous avons même pu dans un cas faire une perforation de part en part d'une membrane mince, sans orifice apparent, et retomber dans le bon segment.

Nous n'avons pas utilisé l'électrolyse œsophagoscopie, recommandée surtout par Ebstein, Gottstein, Guisez, Sencert, Garel, et dont la technique a été exposée par Guisez dans son traité des maladies de l'œsophage.

3^e Cas nécessitant une intervention chirurgicale externe. — Nous distinguons deux catégories d'opérations chirurgicales externes :

a) Celles qui sont destinées à empêcher le malade de mourir de faim comme la gastro, et celles qui, comme la gastro, l'œsophagotomie et l'œsophagostomie, permettent d'aborder de plus près le rétrécissement cicatriciel pour en avoir plus facilement raison.

b) Celles qui, pratiquées uniquement par les chirurgiens qui se passent de l'endoscopie et cherchent, soit à enlever l'obstacle, comme l'œsophagectomie cervicale, d'indication si rare, soit à rétablir le cours de l'alimentation par œsophago-gastrostomie, par reconstitution plastique d'un œsophage extra-thoracique, ou avec de la peau, ou avec l'intestin. Nous ne nous occuperons pas de cette dernière catégorie, car si l'œsophagectomie cervicale peut se justifier dans quelques cas très exceptionnels, malgré sa haute gravité vitale, les autres interventions sont à rejeter, car l'endoscopie combinée à la chirurgie permet d'arriver à la guérison de tous les cas.

Pour ces cas nécessitant une intervention chirurgicale externe, la gastro constitue naturellement l'opération indispensable, car elle permet l'alimentation du malade, l'emploi des méthodes endoscopiques basses et de la dilatation caoutchoutée continue. On a médité beaucoup de la gastro, à qui on a reproché, surtout

chez l'adulte, son incontinence avec cachexie consécutive, sa gravité opératoire. Que faut-il penser de ces reproches ? Actuellement on peut, par une bonne technique, avoir même chez l'adulte, des gastros très continentes, à condition de les faire hautes par incision latérale. Quant au reproche de gravité il est certain que la gastro chez l'enfant est peu grave ; chez l'adulte c'est une opération très sérieuse, quand elle est faite sous anesthésie générale. Mais si, à l'exemple de quelques chirurgiens, et notamment de Bérard à Lyon, on utilise la cocaïne ou plutôt la novocaïne, la gravité opératoire est pour ainsi dire nulle. On supprime la mort par choc dans les 24 heures, et la mort par broncho dans les 5 jours. De plus, la gastro en mettant l'œsophage au repos, facilite souvent les manœuvres en supprimant le spasme et permet parfois la dilatation simple là où on songeait à utiliser les méthodes complexes. Si la dilatation simple n'est pas applicable, on peut alors utiliser la dilatation sous le contrôle de l'œsophagoscopie haute, de l'œsophagoscopie rétrograde et souvent même dans les cas à rétrécissement multiple par les deux méthodes combinées. Nous avons ainsi avec de la patience pu arriver à guérir des malades extrêmement sténosés. Si la sténose résiste aux dilatations intermittentes, on peut utiliser la dilatation permanente haute avec des sondes introduites sur mandrin, c'est la méthode du caoutchouc tendu, et laisser la sonde 24 à 48 heures en place, puisque l'alimentation est facile par la bouche gastrique. Mais dans la plupart des cas graves traités par la bouche stomacale, nous conseillons et utilisons la méthode dite de Von Hacker, le fil sans fin avec dilatation caoutchoutée. Cette méthode consiste essentiellement :

a) Dans le passage du fil bucco-gastrique ;

b) Dans la dilatation consécutive caoutchoutée par voie rétrograde, le fil servant de conducteur ; nous utilisons cette dilatation de façon permanente pendant un ou plusieurs mois, en changeant le caoutchouc tous les deux, trois ou quatre jours ; il est préférable de faire soi-même la manœuvre et de ne pas la confier au malade ; nous avons eu ainsi un décès.

Par contre, certains auteurs conseillent de ne faire que de la dilatation temporaire ; cependant nous préférons la dilatation permanente, mais dès que le calibre de l'œsophage est suffisant on peut faire cette dilatation temporaire, soit par le fil sans fin par voie rétrograde, soit par voie haute, comme une dilatation ordinaire. L'une des grosses difficultés consiste à faire passer le fil de la bouche dans l'estomac. Pour cela, plusieurs procédés sont utiles : tout d'abord nous essayons de faire avaler le tube

muni d'une perle ou d'un plomb, parfois la manœuvre aboutit, et le fil soit reste dans l'estomac, où il faut aller le chercher, soit apparaît à la fistule gastrique. Quand cette manœuvre échoue, on peut alors passer une fine sonde noire (une sonde rouge n'est pas aperçue par l'endoscope) munie ou non d'un fil, et par notre gastroscopie inférieure nous allons à la recherche de la sonde ou du fil ; il faut parfois une série de séances pour attraper la sonde ou le fil. Quand les manœuvres endoscopiques échouent, et que nous sommes sûrs de la pénétration intra-gastrique de la sonde, on peut dilater son orifice de gastro avec les bougies d'Hogar, chercher la sonde ou le fil avec le doigt, et le ramener au dehors. Ce procédé est un peu brutal, mais il n'amène pas d'incontinence de la stomie qui rapidement refait du tissu cicatriciel.

Quand on utilise la dilatation caoutchoutée rétrograde il faut avoir soin de ne pas amener son caoutchouc jusqu'au contact de la région rétro-laryngée, car cette région s'ulcère facilement, fait de la chondrite et parfois de l'œdème grave du larynx consécutif.

La méthode de dilatation caoutchoutée rétrograde a donné récemment à Garel et Gignoux un très beau résultat dans un cas où l'électrolyse n'avait donné que des améliorations passagères. La dilatation caoutchoutée rétrograde constitue pour nous l'un des moyens des plus énergiques et des plus sûrs de venir à bout des cas graves.

Cependant nous avons observé deux cas où, malgré la multiplicité des manœuvres endoscopiques hautes et basses, nous n'avons jamais pu arriver à passer le fil sans fin. Nous avons eu recours alors avec Nové-Josserand et Vignard (en 1908) à l'œsophagostomie cervicale basse qui nous a permis de vaincre le rétrécissement. Voici comment nous avons utilisé la méthode :

1^{er} temps : C'est l'opération typique de l'œsophagotomie externe faite à gauche, avec suture du muscle périœsophagien et de la muqueuse aux muscles du cou et à la peau, soit donc deux plans de suture pour constituer une stomie, non pas définitive, mais temporaire.

2^e temps : Sitôt la plaie de stomie suffisamment guérie et d'ailleurs maintenue dilatée par une sonde, nous allons avec un endoscope court à mandrin métallique à la recherche du rétrécissement, très rapproché habituellement de la plaie cervicale, et, dès que l'on arrive à voir l'orifice habituellement petit et latéral, nous laissons à demeure pendant plusieurs jours des sondes de Nélaton de plus en plus grossières, ou de fines bougies. On finit ainsi par franchir les différents rétrécissements, par les

dilater, et l'on peut alors, soit conserver momentanément la stomie cervicale, soit la laisser fermer, et faire dans un troisième temps la dilatation gastro-buccale.

3^e temps : Dilatation gastro-buccale. C'est le procédé que nous venons de décrire précédemment.

Dans les deux cas que nous avons utilisés, nous avons cru bon pour faire le raccordement des deux segments de l'œsophage cervical et thoracique, de faire une dilatation cervico-pharyngienne. En réalité cette manœuvre a été nuisible, car dans les deux cas nous avons eu de l'œdème infectieux laryngé par ulcération rétro-laryngée. Dans un cas il fallut pratiquer la trachéotomie momentanée, le malade est d'ailleurs complètement guéri, et mange de tout.

L'autre malade, complètement guéri au point de vue œsophagien, est mort quelques mois après de gangrène pleuro-pulmonaire droite ; à l'autopsie nous avons constaté des adhérences entre l'œsophage, la plèvre et le poumon à droite, mais le calibre de l'œsophage, quoique présentant de petites brides cicatricielles, était totalement rétabli.

L'œsophagostomie cervicale temporaire a été utilisée par quelques auteurs, notamment par Abbe, Sklifosovski, Gross, Mackenzie, Ciochonski, Lambotte (1910), mais sans application endoscopique méthodique ultérieure. Or, nous concevons l'œsophagostomie cervicale temporaire basse, comme une voie d'approche pour la cure des rétrécissements cicatriciels multiples infranchissables par les autres procédés ; c'est l'homologue de la trachéoscopie inférieure après trachéotomie.

En résumé, l'endoscopie a modifié énormément le pronostic et la thérapeutique des sténoses cicatricielles graves de l'œsophage, elle vient à bout de la plupart des cas. Quand cependant il y a échec il faut alors recourir à la gastro et ultérieurement aux manœuvres endoscopiques, ou à la dilatation caoutchoutée permanente rétrograde. Dans les très rares cas qui résistent à l'emploi combiné de la gastro et des méthodes endoscopiques, l'œsophagostomie cervicale basse avec dilatation endoscopique cervicale constitue pour nous la thérapeutique dilatatrice ultime des rétrécissements infranchissables de l'œsophage thoracique. Avec de la patience et l'habitude de l'endoscopie, les grandes opérations externes, comme l'abouchement de l'œsophage à l'estomac, à la peau ou à l'intestin, opérations de la plus haute gravité vitale, sont totalement inutiles.

LA PONCTION LOMBAIRE DANS LES SUPPURATIONS AURICULAIRES DES DIABÉTIQUES

Par le Prof. **Gherardo FERRERI**, de Rome.

La littérature relative aux otites diabétiques et à leurs complications n'est pas aussi riche que bien d'autres chapitres de la pathologie auriculaire.

Les premiers auteurs qui attirèrent l'attention des spécialistes sur les rapports assez fréquents entre le diabète et les phlogoses de l'oreille sont : Kuhn, Luchschorf, Gomperz, Schwabach, Schaebel, Eulenstein, Lannois, Melzi, Bar, Thomas, Frey, Hammerschlag, Kœrner, Kœnigslauer.

La plupart de ces auteurs sont d'accord pour soutenir que les otites moyennes aiguës sont très communes chez les diabétiques et qu'elles affectent une forme grave.

Toutefois, la pathogénie de ces affections est encore obscure, et relativement aux nombreuses études qui ont paru sur le diabète envisagé au point de vue général au cours des cinquante dernières années, les travaux des otologistes sur ce sujet sont assez clairsemés, et si peu importants que Senator a cru devoir conclure à la rareté de la surdité chez les diabétiques.

Contrairement à cette assertion presque sarcastique, il est avéré que de nombreuses lésions auriculaires (furunculose, suppurations aiguës et chroniques de la caisse, carie et nécrose de la capsule labyrinthique, labyrinthites et névrites acoustiques) sont souvent d'origine diabétique et les statistiques seraient plus exactes si les spécialistes s'inquiétaient davantage de l'état général de leurs clients.

Au cours de ces dernières années, grâce aux travaux de Kirchner, Schwabach, Moos, Kuhn, etc., les observations relatives à l'importance du diabète dans la pathologie auriculaire se sont multipliées, mais une certaine confusion subsiste, quant aux rapports étiologiques entre le diabète et les localisations auriculaires, et les indications opératoires n'ont pas été précisées.

Je n'aurais pas abordé ce sujet si ma longue pratique de la clinique médicale et les nombreuses observations que j'ai recueillies, en particulier au point de vue des indications chirurgicales, ne m'avaient permis d'envisager cette question.

Ainsi, je suis convaincu que le pronostic est plus favorable chez les malades âgés de moins de 50 ans, et que les interven-

tions chirurgicales réussissent d'autant mieux que l'urine contient moins de sucre, lorsque l'acétone et l'acide diacétique sont défaut et que l'on opère au début.

Je crois avoir relevé un autre signe pathognomonique très important : la présence du sucre dans le liquide céphalo-rachidien qui n'a été signalée par aucun auriste, et qui, d'après moi, revêt un caractère de gravité tel que nous devons être très réservé quant au pronostic.

Ceci dit, je crois devoir résumer mes connaissances sur les mastoïdites diabétiques.

*
* *

Les complications auriculaires chez les diabétiques, débutent violemment, par des suppurations profuses ; l'apophyse est très rapidement attaquée et l'on observe une destruction fort étendue des portions osseuses de l'oreille moyenne (ostéo-myélite et nécrose de la capsule labyrinthique).

Or, comme les microorganismes que l'on découvre chez les diabétiques atteints d'otites suppurées sont communs à toutes les suppurations, la seule explication logique de la destruction rapide du tissu osseux réside dans l'absence de résistance des parois vasculaires des tissus chez les diabétiques. Il est difficile d'expliquer pourquoi, à la suite de phlogoses insignifiantes de la caisse, demeurées inaperçues, on observe chez les diabétiques de fréquentes complications mastoïdiennes très graves.

A ce propos, Küster et Kœrner déclarent que la plupart du temps, les ostéites apophysaires des diabétiques ont un caractère primitif et, à l'appui de leurs dires, ces auteurs ajoutent que presque tous les malades nient l'existence d'une suppuration auriculaire consécutive à l'inflammation de l'apophyse.

D'après Kœrner, l'existence des ostéites apophysaires primitives serait prouvée en ce qu'à la suite de l'évidement mastoïdien, la sécrétion de la caisse cesse brusquement et que la membrane tympanique se cicatrise aussitôt.

Il ne faut pas oublier que la symptomatologie n'est aucunement pathognomonique, de sorte que l'auriste s'oriente souvent dans une fausse direction, et qu'il advient fréquemment que les malades ignorent qu'ils sont atteints du diabète. Aussi fera-t-on sagement, en cas de suppuration profuse de la caisse avec participation rapide de l'apophyse, de surveiller tous les troubles qui surviennent chez ces malades et de ne jamais négliger l'analyse des urines, afin d'éviter l'intervention chez un diabétique méconnu.

Personne, à ma connaissance, n'a encore démontré l'existence d'une mastoïdite glycosurique à allure spéciale, mais elle est indéniable, vu l'extrême vulnérabilité de la mastoïde chez les diabétiques et la fréquence des complications intracrâniennes otitiques parmi les malades de cette catégorie.

Un seul fait pourrait mettre en garde un spécialiste averti, c'est un malade venant consulter pour un abcès mastoïdien reconnu, sans qu'auparavant on ait observé une otite aiguë manifeste ayant évolué sans provoquer de perforation de la membrane.

Si, dans les cas de ce genre, on analyse les urines, dans 80 % d'entre eux on constate la présence du sucre. Même chez les diabétiques avérés, la symptomatologie des complications apophysaires est assez obscure, et il est souvent malaisé de différencier les manifestations d'une complication intracrânienne éventuelle de celles d'une affection généralisée.

Chacun sait que le coma diabétique se manifeste au moment où l'on s'y attend le moins ; et parmi les symptômes dont il nous faudra tenir compte, au point de vue de l'hypothèse d'une diffusion intracrânienne, ou tout au moins d'une irritation des méninges, il convient de signaler l'aggravation de la polyurie ; c'est ce signe alarmant qui m'a donné l'idée de recourir à la ponction lombaire pour lever les doutes subsistant quant au diagnostic.

Toutefois, il ne faut pas classer parmi les diabétiques les sujets qui, aussitôt après l'ouverture d'un abcès extra-dural ou une intervention sur l'oreille interne, ont du sucre dans les urines, attendu qu'il ne s'agit fréquemment que d'une manifestation transitoire.

D'après Frey, on arrivera à différencier la glycosurie aux diverses phases quantitatives que présentent les diabétiques atteints de mastoïdite, de la forme symptomatique de la plupart des affections cérébrales, au cours desquelles on note des troubles circulatoires, respiratoires et cérébelleux (parésies, vertiges, nystagmus).

Cette distinction clinique de Frey m'a induit à conclure, au point de vue diagnostique, à la valeur de la ponction lombaire dont la supériorité sur nombre d'autres signes séméiologiques ira toujours s'affirmant d'autant plus qu'elle sera régulièrement effectuée.

C'est principalement dans les cas où l'urine renferme peu de glucose, tandis qu'évolue une otite aiguë compliquée que l'on observe une diffusion endocrânienne et que la ponction lombaire

pratiquée en temps utile rendra des services, alors que l'on découvrira une certaine quantité de sucre dans le liquide céphalo-rachidien.

Si le taux du sucre atteint 4‰, le coma est imminent et l'intervention superflue. D'autre part, je suis en mesure d'affirmer qu'une ponction lombaire, pratiquée en temps utile, permet d'intervenir précocement, surtout chez les malades présentant des symptômes locaux peu accusés ou chez ceux qui ont de la dyspnée, phénomène très défavorable quant au pronostic; sans compter qu'une abondante issue de liquide céphalo-rachidien peut abaisser *ipso facto* le taux du sucre dans les urines.

Je suis convaincu que dorénavant, pour juger de l'utilité d'une intervention, il convient de s'appuyer sur la ponction lombaire et sur les rapports existant entre la quantité de sucre contenue dans les urines et le liquide céphalo-rachidien, étude négligée jusqu'ici.

Si on néglige ces trouvailles de laboratoire qui ont une grande importance, l'indication de l'intervention chirurgicale demeure aléatoire et à la merci d'une appréciation personnelle.

Buck, Meierhof, Eulenstein, Wolf et beaucoup d'autres auteurs préconisent l'ouverture de l'antre mastoïdien dans tous les cas d'otite aiguë diabétique, même si la suppuration est récente et sans attendre les manifestations de la mastoïdite classique.

Au 13^e Congrès international de médecine qui se réunit à Paris en 1900, de nombreux otologistes français (Lubet-Barbon, Noquet, Furet, Vacher, Miot, Lœwenberg) prirent la parole sur ce sujet; les uns prétendirent qu'en cas de mastoïdite diabétique, il convient d'intervenir sans tarder, tandis que les autres proposèrent un régime antidiabétique (bicarbonate et citrate de soude) associé à l'opération et que certains déclarèrent que le résultat serait incertain vu la fréquence du coma post-opératoire.

Pour clore cette intéressante discussion, Lannois insista sur un élément important au point de vue du pronostic, qui consiste à évaluer le taux d'élimination de l'acétone, et Bar conclut qu'il ne fallait intervenir que si l'analyse de l'urine avait démontré que la glycosurie, l'acidité et l'acétone étaient rares, le succès de l'opération dépendant partiellement de l'analyse des urines et de l'intoxication par les anesthésiques.

Au cours de cette discussion, personne ne parla de la ponction lombaire; or, au point de vue du pronostic j'estime que les auristes devraient distinguer trois catégories de diabétiques:

a) ceux qui, en dehors d'une grande quantité de sucre dans les urines, présentent d'autres symptômes généralisés.

b) Les malades atteints de glycosurie transitoire ou les jeunes gens chez lesquels les phénomènes cliniques ne sont pas trop accentués.

c) Les cas, peu communs, dans lesquels on découvre du sucre en abondance dans le liquide céphalo-rachidien.

C'est chez les malades de la première et de la troisième catégorie que l'on remarque, en opérant, les destructions les plus étendues, aussi succombent-ils dans le coma au bout d'un temps plus ou moins long.

En se basant sur cette classification et surtout sur le rapport quantitatif existant entre le sucre des urines et celui du liquide céphalo-rachidien, on pourra dresser des statistiques au lieu de recueillir des observations en masse ; jusqu'à présent on a enregistré tous les cas de diabète accompagnés de suppurations auriculaires sans établir de distinction entre les formes graves et bénignes même avant d'intervenir, entre les opérations précoces et tardives, entre les cas opérés sous anesthésie complète et ceux pour lesquels on se contente de l'anesthésie locale.

C'est par là que pêche la statistique globale de Buck qui admet que la mortalité atteindrait 71 % chez les sujets non opérés et 43 % chez les opérés. Toutefois il déclare que les résultats seraient plus satisfaisants dans une statistique moderne, alors qu'autrefois on intervenait tardivement sans surveiller la diète ni l'administration des anesthésiques, au point que dans les observations d'ancienne date il est question d'individus qui succombèrent dans le coma sitôt après l'intervention, ce qui ne se vérifie presque jamais actuellement.

Généralement les diabétiques supportent mal les opérations, de sorte que les auristes discuteront longtemps encore sur les circonstances dans lesquelles on peut intervenir avec chance de succès. D'après Kørner, la question demeurera en suspens tant qu'on n'aura pas recueilli un nombre suffisant de cas en déterminant exactement la quantité de sucre existant avant et après l'intervention et en décrivant avec précision la lésion auriculaire. C'est seulement en agissant ainsi, dit Kørner, que l'auriste pourra être fixé sur les indications et contre-indications opératoires.

Il est certain que les otites aiguës et chroniques des diabétiques sont atypiques, aussi faut-il donner raison tant à ceux qui veulent opérer au début qu'à ceux qui préconisent l'expectative ; les uns croient nécessaire d'abaisser le taux du sucre avant d'intervenir dans les formes chroniques et les autres observèrent une diminution du sucre dans les formes aiguës opérées en

temps utile ; il en est qui redoutent bien moins la présence du sucre que celle de l'acétone et enfin d'autres préfèrent la narcose généralisée à l'anesthésie locale redoutant l'apparition d'une nécrose sur le point anesthésié.

*
* *

Les données que j'ai pu recueillir au sujet de cette question controversée m'ont porté à conclure qu'en thèse générale :

1° La présence du sucre ne suffit pas à retarder l'intervention, que la lésion auriculaire soit aiguë ou chronique ;

2° Au contraire, l'existence de l'acétone et de l'acide diacétique dénonce un coma probable ;

3° Lorsque le taux du sucre s'élève au-dessus de 3 %, l'anesthésie complète devient dangereuse et il faut intervenir avant que la leucocytose ne revête un caractère grave.

La résistance aux infections étant très atténuée chez les diabétiques, l'issue favorable dépendra de la rapidité de l'intervention et du mode de traitement, et dans ce cas il faut recourir à une asepsie intense et ne pas employer d'antiseptiques engendrant fréquemment la nécrose ; on soumettra également les malades à une diète antidiabétique sévère.

Ainsi qu'on le voit, aucun auteur s'occupant des lésions de l'oreille chez les diabétiques n'a signalé la valeur de la ponction lombaire au point de vue opératoire.

Même au cas où les symptômes auriculaires sont peu accusés, il se peut que le liquide céphalo-rachidien renferme une grande quantité de sucre, d'où la nécessité d'intervenir promptement sur l'oreille moyenne et les cavités accessoires ; il arrive fréquemment que l'on constate des lésions très graves dans les cas de cette catégorie.

Vice versa, on peut observer des phénomènes précoces assez graves avec peu de sucre dans les urines et le liquide céphalo-rachidien et absence totale d'acétone et d'acide diacétique ; alors une surveillance vigilante associée au régime antidiabétique nous permettra d'intervenir dans d'excellentes conditions ou même d'atteindre la guérison sans opération.

En dernier ressort, on observe des cas graves dans lesquels on rencontre le sucre en abondance dans les urines et le liquide céphalo-rachidien avec des traces très marquées d'acétone et d'acide diacétique, dans lesquels il convient de réserver le pronostic et pour lesquels le chirurgien n'encourra aucune responsabilité, quelle qu'en soit l'issue. Mais il est des cas de ce genre qui se terminent heureusement en intervenant d'urgence après avoir pris certaines précautions.

OBSERVATION I. — Vieillard de 70 ans, diabétique depuis longtemps. Porteur d'une otite moyenne suppurée aiguë droite, il vient consulter pour une otorrhée avec sécrétion profuse et une mastoïdite avec propagation aux téguments. Le taux du sucre peut être évalué à 5 %. Sous le chloroforme, on ouvre la mastoïde qui est transformée en une cavité suppurante. Pansement tous les deux jours ; la cavité osseuse sécrète du pus en abondance. Le malade refuse de se soumettre au régime antidiabétique et par conséquent la glycosurie se maintient à un taux élevé. Environ trois semaines après l'opération, le malade tombe brusquement dans le coma et il est enlevé en quelques heures.

Obs. II. — Femme de 58 ans, diabétique avérée depuis quelques mois. Au cours de l'influenza, elle est prise d'otite moyenne suppurée gauche avec otalgie violente et accidents mastoïdiens. La malade refuse de suivre un régime antidiabétique et elle repousse une intervention précoce. Le taux du sucre oscille entre 5 et 8 %. Une quinzaine après le début de la mastoïdite, on décide l'opération sous anesthésie locale. La mastoïdite était envahie par du pus et des granulations. A la suite de l'intervention le sucre et l'acétone disparaissent, mais la malade meurt dans le coma au bout d'une semaine.

Obs. III. — Malade de 62 ans, très diabétique depuis plusieurs années. Six mois auparavant, elle souffrit d'une otite moyenne suppurée gauche d'origine grippale qui dura quatre mois et finit par guérir. Il y a 25 jours que l'oreille a recommencé à suppurer abondamment avec accompagnement de symptômes mastoïdiens et température élevée. Après avoir beaucoup tergiversé, on se décide à opérer sous le chloroforme. La mastoïde était remplie de pus et de granulations. La fièvre tomba aussitôt, mais au 5^e jour, elle reparut associée à des phénomènes imputables soit au coma diabétique, soit à des complications endocraniennes incipientes. La ponction lombaire livra passage à un liquide hémopurulent dense à basse pression ; après avoir traité ce liquide par la dilution et l'ébullition pour coaguler l'albumine, on le filtra et on le soumit à la réaction de Fehling ; on obtint ainsi au fond de l'éprouvette, un beau coloris d'oxyde de cuivre. Une méningite se déclare au bout de 24 heures et emporte la malade en 16 heures.

Obs. IV. — Homme de 62 ans, diabétique depuis de longues années. Le taux du sucre oscille de 6 à 10 %. Otalgie gauche, sans otorrhée, d'installation récente. Depuis quelques jours la mastoïde est tuméfiée, douloureuse avec association de fièvre. A l'otoscopie, on ne relève rien d'anormal, même pas l'hypérémie de la membrane du tympan du côté malade. Sous le chloroforme, on perfore la mastoïde qui est bourrée de pus et de granulation ; le sinus nage dans le pus. Sous l'influence du régime antidiabétique, l'état du malade s'améliore rapidement. On ne découvre plus que des traces de glycosurie. Vingt jours après l'opération la plaie est cicatrisée et le

malade se dispose à quitter la maison de santé lorsqu'il tombe dans le coma et meurt au bout de quelques heures. On pratiqua la ponction lombaire dès que le coma se manifesta et on découvrit du sucre grâce aux réactifs de Nyländer et de Fehling et au sulfate de cuivre.

Obs. V. — Vieillard de 64 ans, diabétique depuis longtemps. Les urines renferment beaucoup de sucre. A la suite de l'influenza il contracte une otite moyenne suppurée aiguë bilatérale avec suppuration profuse et violentes douleurs. Pas de fièvre, ni d'accidents mastoïdiens. Régime alimentaire sévère et médication locale. Bientôt la glycosurie s'atténue et l'otite s'améliore au point que le malade quitte l'hôpital. Au bout d'un mois, mort dans le coma, tandis que l'otorrhée subsiste très atténuée.

X Obs. VI. — Homme de 52 ans, diabétique, chez lequel le sucre atteint de 2 à 5 %. Otalgie sans écoulement du côté gauche suivie au bout de quelques semaines d'un abcès mastoïdien externe extrinsèque. Un chirurgien pratique une incision qui livre passage à du pus abondant, mais il subsiste une fistule qui continue à laisser sourdre du pus. Le malade nous consulte et en sondant le trajet fistuleux nous avons la sensation de pénétrer dans la profondeur de l'os. Nous effectuons la mastoïdectomie sous le chloroforme et nous trouvons l'apophyse saine; toutefois le trajet fistuleux conduit à la gouttière du sinus, qui est remplie de granulations et de pus. Les suites opératoires furent parfaites et le malade suivit exactement son régime; il guérit en six semaines.

Obs. VII. — Malade de 50 ans, atteint dès longtemps de diabète, chez lequel le taux du sucre varie de 2 à 5 %. Après avoir pris des bains de mer, il souffre d'une otite moyenne suppurée aiguë droite avec participation mastoïdienne. On intervient sous le chloroforme et on découvre une vaste cavité bourrée de pus et de granulations. Guérison en deux mois. Le régime a été strictement observé.

Obs. VIII. — Homme de 45 ans, diabétique depuis plusieurs années, chez lequel le sucre varie de 1 à 3 %. Sans cause appréciable il présente une otite moyenne suppurée aiguë droite sans manifestations graves. Inopinément on voit surgir des accidents mastoïdiens associés à de la céphalalgie, de l'insomnie et des nausées. Par la ponction lombaire, on extrait 10 cmc. de liquide céphalo-rachidien. On ne trouve pas trace de glucose. L'intervention sous le chloroforme dégage la mastoïde bourrée de pus et de fongosités; excision en totalité de la paroi de l'apophyse cariée. Guérison en deux mois. Régime antidiabétique très strict.

Obs. IX. — Malade de 38 ans chez lequel le sucre oscille entre 3 et 6 % depuis plusieurs années. Otorrhée chronique gauche. Depuis une quinzaine, otite moyenne suppurée droite, accompagnée récemment de douleurs mastoïdiennes et de tuméfaction des téguments. Aussitôt on pratique l'évidement mastoïdien après chloroformisation. Le malade guérit en deux mois et son état général s'améliore au

point que l'on croit devoir proposer l'opération radicale pour l'autre oreille, mais le malade refuse toute intervention pour le moment, il se borne à suivre un régime très sévère.

OBS. X. — Femme de 56 ans, soignée à l'hôpital pour une otite moyenne suppurée aiguë droite, accompagnée de mastoïdite. Ascension thermique et symptômes alarmants. A l'examen de l'urine, on découvre du sucre (0,64 ‰) ; la malade ignorait qu'elle eût le diabète. La ponction lombaire livre passage à 15 c. c. de liquide céphalo-rachidien limpide, contenant beaucoup d'albumine mais pas trace de glucose. On intervient aussitôt et on évacue un vaste abcès mastoïdien. Guérison en deux mois. La malade a suivi un régime durant son séjour à l'hôpital.

*
**

Nous pouvons tirer quelques déductions utiles à la pratique otologique des observations que nous venons de rapporter.

Tout d'abord, nous sommes de plus en plus convaincu que la présence du sucre dans les urines en cas de complications otologiques nécessite une intervention précoce qui n'a chance de réussir que si les malades sont encore relativement jeunes.

Mais nous insistons surtout sur l'importance de la ponction lombaire, pas tant au point de vue curatif que pour le diagnostic et le pronostic et pour guider le chirurgien sur la conduite qu'il devra suivre dans chaque cas en particulier.

Si nous découvrons par la ponction, dans le liquide céphalo-rachidien, une quantité plus ou moins grande de pus, de l'acétone et de l'acide diacétique, notre pronostic devra être très réservé ; au contraire, quelle que soit la gravité de la suppuration auriculaire si avant et après l'opération, nous ne trouvons pas trace de glucose dans le liquide, nous acquerrons la certitude que l'intervention ne sera troublée ni par le coma, ni par d'autres complications, soit au cours de la maladie, soit par le fait de l'anesthésie.

Sans prétendre avoir décrit un symptôme pathognomonique des mastoïdites diabétiques, je ferai observer qu'il a échappé aux auteurs tels que Delille, Ledoux, Curschmann, etc. qui se sont occupés de la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire, en particulier dans les complications intracrâniennes d'origine auriculaire et pharyngée.

BIBLIOGRAPHIE.

BAR (L.). Contribution à l'étude de l'otite moyenne aiguë d'origine diabétique. Abcès mastoïdien chez un diabétique. Atténuation de la glycosurie. Réparation des tissus. Guérison (Arch. de laryngol., p. 197, 1902).

Arch. de Laryngol., T. XXXIV, N° 2, 1912.

- BERENS. Mastoïdite compliquée de diabète (*Annals of otol., rhinol. and laryngol.*, p. 941, 1909).
- BUCK (A. H.). Le pronostic des interventions mastoïdiennes chez les diabétiques (*New York med. Journ.*, 29 juin 1895).
- CISNEROS. Mastoïdite de Bezold chez un diabétique (*Bol. de laringol.*, Madrid, n° 19).
- EPHRAÏM. Otite moyenne aiguë chez un diabétique (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. LIV, n° 3 et 4).
- FREY (H.). La glycosurie au cours des affections otitiques (*Soc. autrichienne d'otol.*, séance du 23 février 1902).
- FRIEDRICH (E. P.). Trois cas de mastoïdite diabétique (*Arch. of otol.*, vol. XXIX, p. 146).
- FURET. Mastoïdite et diabète (*Ann. des mal. de l'or.*, t. XXXIX, n° 1, 1908).
- GOMPÉREZ. Otopathies chez les diabétiques (*Ann. des mal. de l'or.*, t. XXXI, n° 7, 1905).
- GRUNERT. Contribution à l'étude de la glycosurie consécutive à l'otite (*Archiv f. Ohrenh.*, Bd. 55, 1902).
- HUBBARD (Thomas). Le diabète et le mal de Bright dans leurs rapports avec l'ostéomyélite mastoïdienne. La polyurie comme signe d'irritation des méninges (*Laryngoscope*, juil. 1906).
- KOERNER (O.). Un cas d'ostéite diabétique primitive de l'apophyse mastoïdite avec remarques sur l'influence des opérations graves sur l'évolution du diabète (*Arch. für Ohrenh.*, vol. XXIX, 1 u. 2).
- KUHN. Sur les maladies de l'oreille chez les diabétiques (*Arch. f. ohrenh.*, vol. XXIX, 1 u. 2).
- LANNOIS. Mastoïdite diabétique (*Arch. de laryngol.*, p. 566, 1900).
- LUC. Mastoïdite aiguë compliquée de paralysie de la sixième paire chez un diabétique. Persistance de la suppuration profuse de la caisse et production d'une collection cervicale profonde, en dépit d'une antrotomie pratiquée largement. Seul, l'évidement pétro-mastoïdien détermina la fin de l'otorrhée et la guérison de la paralysie oculaire (*Ann. des mal. de l'or.*, t. XXXIX, n° 1, p. 78 et 263).
- MEIERHOF. Pronostic des opérations mastoïdiennes chez les diabétiques (*Arch. of otol.*, vol. XXXVI, n° 1 et 2).
- RICHARDS (J. D.). Observations de mastoïdites diabétiques (*Arch. of otol.*, vol. XXXVI, n° 1 et 2).
-

III

SCLÉROME ET GROSSESSE ¹

Par le Prof. **GERBER** (de Königsberg).

[Traduction par R.-J. POUGET, d'Angoulême.]

On connaît l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose. Il arrive souvent de voir une tuberculose jusque, là latente devenir tout à coup manifeste, ou bien une tuberculose évidente, surtout celle du larynx, recevoir un véritable coup de fouet du fait d'une grossesse, d'un accouchement ou de suites de couches, au point de compromettre la vie de la mère et celle de l'enfant. Beaucoup ont vu là une influence spéciale à la tuberculose; c'est une erreur à notre avis. Certes la grossesse entraîne derrière elle tout un cortège d'hypérémies, d'œdèmes, d'infiltrations au niveau des voies respiratoires supérieures, qui peuvent être très bien supportés chez les femmes robustes et qui peuvent aussi se traduire par des épistaxis et des inflammations catarrhales de la gorge et du larynx; mais si ces divers organes sont déjà atteints il en résultera une aggravation évidente. Erwin Mayer ² qui examina 62 femmes gravides (grossesse, accouchement, post partum) trouva dans 42 % des cas les lésions du larynx signalées plus haut, et dans ce nombre 61, 5 % intéressaient la région aryénoïdienne. Or on sait que cette région est le lieu de prédilection de la tuberculose laryngée à son début, ainsi pourrait s'expliquer l'influence néfaste de la grossesse sur la bacillose. Mais la tuberculose, parmi diverses maladies, est-elle la seule à devenir ainsi manifeste ou à passer à l'état aigu sous l'influence de la grossesse? Nous donnerons à ce propos un exemple.

M^{lle} Emma K..., 48 ans, de Marianpol, gouvernement de Suwalki en Russie, se présente à nous pour la première fois le 4 août 1908. Elle se plaint d'obstruction nasale. Bonne santé apparente. Le nez extérieur est normal. Des deux côtés la perméabilité nasale est très faible.

Rhinoscopie antérieure. — La fosse nasale gauche est complètement obstruée. Entre la tête du cornet et le septum sont des synéchies partielles. En arrière sont des bourgeons épais, granuleux sur le cornet et la cloison. Le tout est assez peu visible. La fosse nasale

1. Travail de la clinique rhino-laryngologique de Königsberg.

2. Sur les relations entre les voies respiratoires supérieures et l'appareil génital de la femme (Travail de la clinique gynécologique, et de la clinique rhino-laryngologique de Königsberg). *Zeitschr. f. Laryngol.*, 1910.

droite est un peu plus large. Sur le plancher nasal, le cornet inférieur, le septum sont des boutons larges, saillants, de dimensions variables analogues à de la cire.

Pharynx. — Le voile du palais est rétracté vers le haut. La luette semble raccourcie. Rien autre.

Rhinoscopie postérieure. — Rien de spécial.

Diagnostic. — Sclérome.

5 août 1908. Excision au cautère et à la pince. Hémorragie modérée. Bougirage. Comme la patiente ne peut rester longtemps à Kœnigsberg, on la renvoie chez elle avec un traitement approprié. L'examen histologique donna du tissu de *sclérome type* avec cellules de Mikulicz.

4 juin 1910. Nous revoyons à nouveau la malade.

Depuis un an et demi ont apparu de la gêne respiratoire et de l'enrouement qui augmentent peu à peu. La malade rejette du pus et des mucosités. Les oreilles sont obstruées, mais l'oreille droite va mieux. Il y a quelques semaines un confrère pratiqua une intervention au nez et au larynx et la malade fut considérée comme guérie.

Examen. — Rien à signaler dans les téguments externes du nez. Obstruction nasale.

Rhinoscopie. — Fosse nasale gauche rétrécie. En haut et en bas, le septum repousse la paroi latérale, et entre les deux s'écoule une sécrétion muqueuse. Le plancher du nez est le siège d'une infiltration plate. A droite, le bourgeonnement des parois latérale et médiane a produit une atrésie ; il en résulte un orifice ayant à peine 2 millimètres de diamètre. Au-dessus est une seconde ouverture.

Pharynx. — La luette semble manquer. Les piliers droits et gauches se rejoignent à angle aigu sur la ligne médiane. La paroi postérieure du pharynx est desséchée, comme laquée.

Rhinoscopie postérieure. — Voile du palais fortement épaissi et comme cicatriciel sur son bord, septum épaissi, choanes réduites à l'état de deux petits orifices circulaires, beaucoup de pus et de mucosités.

Epiglote normale, fausses cordes légèrement teintées en gris, cordes vocales étroites, un peu rouges. On trouve un gonflement grisâtre sous-glottique occupant surtout les régions situées au-dessous de la corde vocale droite, au-dessous de la commissure antérieure et à gauche au-dessous de l'apophyse vocale.

Dans la profondeur de la trachée on aperçoit des croûtes.

3 juin 1910. A l'institut hygiénique on trouve dans les sécrétions nasales des bacilles encapsulés donnant l'impression de bacilles du sclérome.

Excision difficile de l'infiltration nasale.

15 juin 1910. Une injection d'huile mentholée dans le larynx amène une crise de suffocation.

21 juin 1910. On introduit dans le larynx des tubes de Schrötter. La malade les supporte très difficilement, elle a de fréquents accès de suffocation. Enveloppements glacés du cou.

23 juin 1910. Le tube de Schrötter est remplacé par celui de O' Dwyer n° 8, qui est très bien supporté et laissé en place pendant 40 minutes.

2 juillet 1910. Le tube d'O' Dwyer n° 11 est gardé plusieurs heures, puis la malade a un accès de suffocation violent.

9 juillet 1910. Le tube n° 12 est très facilement supporté ; aussi on cesse la dilatation et on commence la radiothérapie sur le larynx.

23 juillet 1910. On enlève quelques fragments du septum, et on dilate le voile avec le doigt.

15 juillet 1910. Les lésions sous-glottiques ont complètement disparu. Respiration libre, voix claire. Le voile du palais reste comme auparavant rétracté vers le haut, mais les choanes sont larges. Les fosses nasales sont un peu étroites mais il n'y a plus d'excroissances, ni de synéchies. On renvoie aujourd'hui la malade.

12 janvier 1911. Après 5 mois d'absence nous revoyons la malade. Elle paraît d'une santé florissante, parle bien, respire sans difficultés ; elle ne se plaint de rien.

Pas de modifications dans l'aspect extérieur du nez.

Rhinoscopie. — Fosses nasales rétrécies, tendance à la formation de croûtes. Quelques points bourgeonnants. Pas de synéchies.

Pharynx. — Luette raccourcie. Voile attiré en haut comme auparavant, paroi postérieure du pharynx sèche et recouverte de croûtes.

Arrière-nez. — Rétréci par la traction vers le haut du voile du palais ; les choanes sont libres.

Larynx. — Epiglote, cordes vocales, bandes ventriculaires normales. Glotte très libre, large, mais un peu rétrécie à la partie postérieure des cordes vocales par l'épaississement de la muqueuse sous-glottique. Quelques centimètres plus bas se voient un petit bourrelet parallèle à la corde vocale gauche, et un petit bouton sur la paroi postérieure. Au-dessous on voit très bien la trachée.

Dépression tympanique à droite.

2 février 1911. On laisse la malade retourner chez elle.

Depuis lors la malade se sentit très bien. Elle se maria. Au début de 1912, son père m'écrivit que sa fille étant enceinte depuis 8 mois, souffrait d'une dyspnée intense. Je répondis qu'on m'adressât tout de suite la malade.

30 avril 1912. Nous revoyons la malade qui est dans le 8^e mois de sa grossesse. Les difficultés de la respiration ont considérablement augmenté ces temps derniers, si bien que la jeune femme a des craintes pour l'accouchement. Elle paraît fatiguée, respire mal, est dyspnéique et raconte qu'elle a le nez obstrué, qu'elle respire très difficilement, mais qu'elle ne se plaint pas d'ailleurs.

Extérieurement le nez ne présente aucun changement.

Rhinoscopie. — En avant se trouve un gonflement épais, rigide, parti de la région antérieure du cornet inférieur. Le septum est un peu épaissi, ainsi que le plancher du nez, mais la masse principale provient du cornet. Elle empêche d'apercevoir les régions postérieures de la fosse nasale.

Pharynx. — Le voile du palais est attiré dans le cavum, la luette complètement rétractée, si bien qu'elle semble manquer. La paroi postérieure du pharynx est couverte de croûtes.

Cavum. — Examen impossible.

Larynx. — Epiglote, bandes ventriculaires, cordes vocales, paroi postérieure, en un mot tout le larynx présente un aspect tout à fait normal. Au-dessous de la glotte, à peu près à 2 centimètres, on trouve au point soigné déjà plusieurs mois auparavant un rétrécissement de la trachée. La lumière en est pleine de croûtes. Traitement : cautères, serre-nœuds, pinces pour le nez. Inhalations et sondes pour le larynx.

1^{er} mai 1912. On enlève la saillie dure du cornet inférieur, le calibre de la fosse nasale se trouve élargi en avant, mais la perméabilité nasale reste très faible étant données les lésions plus postérieures. Le diamètre de l'orifice trachéal est environ celui d'une lentille.

2 mai 1912. — On place la sonde de Schrötter la plus mince, elle passe bien, mais la malade ne la supporte pas.

3 mai 1912. — Après cocaïnisation on place dans le nez des drains de caoutchouc. La respiration nasale se rétablit. La malade renonce au traitement de la sténose trachéale.

J'explique alors à la malade qu'il y a urgence pour elle à accoucher dans la clinique de notre ville où nous pourrions la surveiller. Elle s'y refuse et s'en revient chez elle avec une respiration nasale meilleure, mais une forte dyspnée trachéale.

Il est évident que l'on doit mettre sur le compte de la grossesse l'aggravation rapide des lésions, et notamment des lésions trachéales, et ici, comme dans les tuberculoses laryngées graves, on doit envisager avec les plus grandes inquiétudes la fin de la grossesse et de l'accouchement.

Nous dirons donc que le sclérome, comme la tuberculose du larynx, autorise l'interruption de la grossesse, l'avortement provoqué.

IV

OBSERVATIONS DE LA PRATIQUE

Parle Prof. **V. NIKITINE** (de Saint-Petersbourg).

[Traduction par Michel de KERVILY, de Paris.]

Pendant ces dernières années j'ai observé plusieurs cas qui méritent, à mon avis, de retenir l'attention des spécialistes et que je crois utile de publier.

Polype pharyngien.

S. D., homme de peine, âgé de 36 ans. Le malade raconte que la respiration est devenue difficile depuis deux ans environ, il y avait dans la gorge parfois des démangeaisons et de temps en temps une gêne. Il y avait aussi une toux sèche ou bien avec crachats. Il y a eu deux fois un peu de sang dans les crachats, mais seulement après des accès violents de toux. Il n'y avait pas de fièvre. On ne trouve aucune modification du côté des poumons et du cœur. L'examen bactériologique des crachats donna un résultat négatif. Dans ces derniers mois la sensation de chatouillement dans la gorge devint plus forte et plus fréquente. A la suite des démangeaisons il y avait souvent une toux suffocante; la respiration était gênée à tel point que le malade tomba deux fois en syncope. Après chaque accès la voix devenait ordinairement enrouée pour quelque temps. A l'examen du naso-pharynx et du larynx on ne trouve rien d'anormal sauf des signes d'un état catarrhal peu prononcé; mais du côté gauche de l'épiglotte entre cette dernière et la racine de la langue il existe un polype du volume d'un pois, fixé à un pédicule et assez mobile. De temps en temps, ce polype, selon toute apparence, tombait dans le larynx et provoquait les phénomènes décrits ci-dessus. Comme ce polype était mobile et comme par sa couleur il se distinguait mal de la muqueuse voisine, il était assez difficile de le découvrir, ce qui explique pourquoi le traitement auquel le malade avait été soumis auparavant n'avait pas donné de résultat. Le malade guérit après l'ablation du polype au moyen d'une anse froide et l'emploi de pulvérisations calmantes. L'examen microscopique montra que ce polype était un fibrome.

Polype du larynx.

G. R., femme de condition bourgeoise, âgée de 66 ans. Vint consulter à la polyclinique en avril 1909. Trois ans auparavant elle avait commencé à sentir une certaine gêne dans la respiration, principalement à l'inspiration pendant une marche un peu rapide, ou pendant une conversation. Parfois, surtout pendant la toux, la malade sentait que quelque chose la gênait dans la gorge. La déglutition n'est pas douloureuse. La voix est claire. La toux est insignifiante. La respiration le plus souvent est libre. Le nez est le plus souvent obli-

téré, surtout du côté droit. A l'examen des fosses nasales on trouve des deux côtés des polypes muqueux. Dans le pharynx on trouve des signes de congestion passive. A l'examen du larynx, on trouve dans la région du cartilage aryténoïde droit sur le côté interne, une tumeur un peu mobile, du volume d'une amande, de couleur rouge-grisâtre, avec une surface irrégulière, avec un développement vasculaire notable. La tumeur faisait saillie dans la lumière du larynx et bougeait pendant la respiration, mais ne fermait pas toute la fente laryngée, ne gênait pas la respiration et n'avait pas d'influence sur la voix. Il n'y avait pas de douleur. Cette tumeur saignait facilement lorsqu'on la touchait au moyen d'un stylet, mais ce toucher ne provoquait aucune sensation douloureuse. On ne pouvait contourner la base de la tumeur au moyen d'un stylet que difficilement et l'on pouvait constater que cette tumeur était implantée sur une base large. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires n'étaient pas augmentés de volume. Prenant en considération l'âge de la malade, la facilité avec laquelle cette tumeur saignait et ce fait que cette tumeur n'avait aucune influence ni sur la respiration ni sur la voix, on résolut de faire l'ablation des polypes du nez et de laisser en observation la tumeur du larynx. Mon opinion était que cette tumeur, selon toute apparence, était de nature bénigne, probablement un fibrome avec un développement notable des vaisseaux; mais comme cette tumeur saignait facilement je ne voulus pas en prendre un fragment pour l'examen microscopique.

La première fois je vis cette malade, comme je l'ai déjà dit, en avril 1909. A partir de cette époque la malade vint de temps en temps à la polyclinique et j'ai pu suivre le développement de la tumeur, qui augmentait petit à petit de volume, et quoique en 1912 elle occupait presque toute la lumière du larynx, elle ne donnait lieu cependant à aucune sensation subjective désagréable, ni du côté de la respiration, ni du côté de la voix. En même temps on pouvait remarquer que la tumeur devenait de plus en plus mobile et que son pédicule devenait de plus en plus fin. L'augmentation de la mobilité de la tumeur donnait lieu chez la malade à une sensation de chatouillement dans la gorge et à des accès de toux, qui étaient calmés par des médicaments anesthésiques, donnés en inhalations. Dans tous les cas la trachéotomie restait possible.

Cet état se prolongeait jusqu'en avril 1912, lorsque la malade vint à la polyclinique et me remercia très vivement pour sa guérison. En réalité, pendant un accès de toux, la tumeur s'arracha de son point d'implantation et fut expulsée ou bien avalée par la malade, de sorte que je ne pus examiner la tumeur. A sa place il restait un petit épaissement cicatriciel, de sorte que la malade s'était débarrassée spontanément de son affection.

Catarrhe chronique du larynx.

P. B., paysanne âgée de 42 ans. Vint à la polyclinique le 17 janvier 1912, se plaignant de sa voix enrouée, presque sans sonorité et de

la difficulté de parler en général : lorsque la malade veut parler, il se produit parfois une aphonie complète. Il n'y a pas de douleur dans le larynx lorsque la malade parle, mais la parole est difficile. L'affection dure depuis près de 8 mois ; elle est apparue après un rhume. La femme travaille auprès d'un poêle. Les modifications dans la voix sont apparues petit à petit, et ont continué à augmenter progressivement. Les fosses nasales sont libres. On ne remarque aucune modification dans le naso-pharynx. Par ailleurs, la femme est bien portante. L'intestin fonctionne normalement.

A l'examen du larynx on trouve que les deux cordes vocales sont rouges, recouvertes de petites tuméfactions ; elles sont épaissies, surtout la corde droite ; la corde vocale gauche est épaissie principalement auprès de son extrémité antérieure. Les cordes vocales ne se touchent pas pendant la phonation et il reste entre elles une fente elliptique. Il n'y a pas de douleur pendant la déglutition, ni pendant la toux. Il y a une sensation de sécheresse dans la gorge. On posa le diagnostic de laryngite chronique. On ne trouva aucune indication de tuberculose ou de syphilis, ni dans les antécédents, ni dans l'examen de tout l'organisme.

Pour le traitement, outre les pulvérisations, les inhalations de poudres astringentes dans le larynx et les gargarismes, on pratiqua tous les 10 ou 12 jours la cautérisation linéaire des cordes vocales au moyen d'un galvano-cautère fin. Après quatre cautérisations les cordes vocales diminuèrent notablement d'épaisseur, elles devinrent plus régulières et moins tuméfiées, pendant la phonation elles purent se rapprocher plus. La voix devint notablement plus sonore ; actuellement il ne se produit plus d'aphonie complète et la gêne dans le larynx pendant la conversation est notablement diminuée. L'observation est encore continuée.

Lésion syphilitique du naso-pharynx avec fièvre syphilitique.

Malade âgée de 39 ans. En automne de l'année 1910 cette femme commença à souffrir d'un coryza très pénible. On employa différents traitements locaux mais sans bon résultat, jusqu'au printemps. Pendant le traitement (le médecin, apparemment considérait qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse), la malade perdit sa lnette par suite d'un processus mal déterminé, et se plaignit d'avoir de la difficulté pendant la déglutition des aliments. En même temps, la température de la malade commença à présenter chaque soir une ascension jusqu'à 38° et même 39°, tandis que la température était le matin à 37° et même plus bas. La déglutition des aliments devenait de plus en plus difficile et souvent les aliments passaient par le nez. J'ai vu la malade pour la première fois au mois de décembre 1907. La malade paraissait de plus en plus faible et maigrissait. L'appétit était mauvais ; il y avait une soif vive, avec perte de forces et de l'insomnie. La toux était insignifiante et elle ne gênait pas la malade. La malade devint cachectique. La peau et les muqueuses

de la bouche et du pharynx étaient très pâles. Sur la paroi postérieure du pharynx et sur le pilier droit il y avait une ulcération superficielle, atone, sans réaction sur les bords, recouverte de quelques rares croûtes sèches. L'ulcération occupait presque toute la paroi postérieure du pharynx et s'étendait même en haut derrière le voile du palais. Les amygdales n'étaient pas augmentées de volume. Dans la cavité nasale on remarquait, outre la pâleur et la sécheresse des muqueuses, d'assez grandes croûtes mais il n'y avait sous elles aucune ragade ni ulcération. La luette manque et on voit à sa place une cicatrice pâle. On n'observe pas de cicatrices en d'autres régions. Pendant la phonation le voile du palais ne se contracte presque pas. Dans le larynx les muqueuses sont pâles, mais les cordes vocales ne présentent pas de modification et la voix est normale. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas augmentés de volume mais il existe une tuméfaction notable des ganglions de la nuque et du cou. En d'autres régions du corps il n'y a aucune cicatrice ni aucune trace d'éruption. Dans les poumons, outre les signes d'une bronchite insignifiante, on ne trouve aucune lésion. L'examen des crachats et des mucosités obtenus par raclage de l'ulcération ne donna qu'un résultat négatif au point de vue de la présence des bacilles de Koch. La réaction de Pirquet et Calmette fut également négative. La rate n'est pas augmentée de volume et on ne réussit pas à la palper. La malade a de la tendance à la constipation. Au début du mariage, il y a eu un avortement. Pas d'enfants. Il n'y a pas eu d'affection gynécologique.

La malade se plaint de perte d'appétit; la soif est vive; pendant la déglutition la malade se plaint de sentir de la sécheresse et de la douleur dans la gorge. Parfois les aliments reviennent par le nez et pendant la déglutition la douleur s'irradie dans les oreilles. Sensation de sécheresse dans le nez et formation de croûtes qui se détachent. Vers le soir il y a de la fièvre presque tous les jours mais sans sueurs consécutives. Affaiblissement. La malade est forcée de garder le lit. La réaction de Wassermann n'était pas connue en 1908. Considérant que tous les signes qui pouvaient indiquer l'existence de la tuberculose manquaient, je m'arrêtai au diagnostic de lupus ou de syphilis. En faveur du lupus nous avions une évolution très lente de l'affection, l'existence d'une ulcération atone et pâle. Mais, d'un autre côté, il n'y avait pas de cicatrices, il n'y avait pas de lésions de la peau du visage; la malade avait de la fièvre (ce qu'on n'observe pas dans les cas de lupus); la malade était cachectisée, et cependant l'amaigrissement très prononcé et la faiblesse de la malade n'étaient pas en rapport avec le caractère et l'aspect de l'ulcération. Il ne restait que la syphilis quoiqu'elle fût absolument niée par le mari.

Le plus difficile était d'expliquer la fièvre, mais on sait que dans la syphilis aussi il existe de la fièvre qui est presque toujours quotidienne ou absolument atypique; en outre cette fièvre est presque toujours vespérale ou nocturne, ce qui la distingue de la fièvre inter-

mittente. Ajoutons encore que l'accès de fièvre syphilitique se réduit en somme à un seul stade, le stade de l'élévation de la température. Les frissons et la sudation ne s'observent que comme des symptômes accidentels et secondaires. Les malades eux-mêmes, comme cela est arrivé aussi dans le cas présent, ne remarquent dans l'accès de fièvre que l'élévation de la température. Ces malades ne se plaignent pas d'avoir des frissons et de la sudation. En partant de cette idée et en considérant le marasme progressif, la tuméfaction des ganglions de la nuque et les douleurs dans la gorge présentant une augmentation vespérale, j'ai reconnu qu'il s'agissait de syphilis.

J'ai prescrit à cette malade le traitement mercuriel sous forme d'injections hypodermiques. Déjà après la première piqure la température du soir descendit à 37°5, et devint normale après trois injections. La malade qui auparavant était très nerveuse devint beaucoup plus calme. Le sommeil revint, ainsi que l'appétit, d'autant plus que la malade commença à avaler librement des aliments; il y eut une sorte de résurrection. Lorsque la série des injections mercurielles fut terminée (32 injections avec emploi simultané d'iodure de potassium) la malade se rétablit complètement et engraisa. Le traitement par le mercure et l'iodure fut répété au bout de trois mois et la malade se porta bien jusqu'à l'automne 1911. A cette époque il se développa un cancer de l'estomac qui fut la cause de la mort.

L'hiver dernier j'ai eu dans ma polyclinique un cas analogue. Chez une jeune femme mariée, j'ai observé dans le pharynx des lésions qu'on pouvait tout d'abord considérer comme étant de nature tuberculeuse malgré qu'il ne fût pas constaté de lésions pulmonaires. Mais il y avait de la fièvre et un affaiblissement progressif avec un aspect particulier des lésions dans le pharynx (ulcération pâle, atone, superficielle, augmentant lentement, sans réaction sur les bords) qui faisaient penser à la tuberculose. Cependant le résultat négatif donné par la réaction à la tuberculine et le résultat positif donné par la recherche des spirochètes m'ont éclairé sur la nature de l'affection.

La fièvre syphilitique, pour une raison indéterminée, se rencontre le plus souvent chez les femmes qui sont atteintes de syphilis, surtout lorsqu'elles sont jeunes; on l'observe plus rarement chez les hommes. En outre, cette fièvre est loin d'être toujours un symptôme de lésions locales et, le plus souvent, son degré de développement ne va pas parallèlement avec les lésions produites par l'affection; mais il semble bien qu'elle soit directement causée par l'infection et qu'elle représente littéralement une sorte de fièvre syphilitique spécifique.

PROFESSION ET OTOPATHIE ¹Par **F. LAVAL** (de Toulouse).

L'existence de troubles de la fonction auditive par malmenage ou surmenage ne saurait être discutée; depuis longtemps d'ailleurs, les auteurs s'accordent à reconnaître l'influence néfaste de certaines professions sur l'oreille. Mais en dehors de cette affirmation d'ordre général, on ne trouve que peu de travaux consacrés à cette question. Les traités se montrent encore plus réservés, c'est à peine s'ils nomment la « maladie des chaudronniers ». Toutefois, d'intéressantes publications se sont fait jour (Alt, Delsaux, Wittmaack), mais on les compte encore, et toutes sont d'actualité. Aussi, n'hésitons-nous pas à apporter notre modeste contribution. La question de la surdité professionnelle est fort complexe; on s'en rendra compte sans peine en songeant aux divers facteurs qui peuvent intervenir dans son étiologie. A titre d'indications on peut dès à présent envisager trois groupes : a) les surdités par traumatisme direct (surdité des lutteurs); b) les surdités par traumatisme indirect (surdité des sujets soumis à des variations de pression atmosphérique); c) certaines surdités d'ordre un peu spécial comme par exemple celle des téléphonistes.

Laissant de côté les catégories précédentes, nous limiterons notre sujet à l'étude exclusive de l'hypoacousie progressive par surmenage ou malmenage de l'organe auditif. Si, comme nous le disions plus haut, nous sommes fixés sur l'origine professionnelle de certaines surdités, nous le sommes beaucoup moins sur les caractères cliniques de cette affection, sur son individualité propre et sur les conditions de sa production. Nous bornant à la partie clinique, nous laisserons volontairement de côté les questions de doctrine que pourrait soulever cette étude. Nos efforts tendront à donner à l'hypoacousie professionnelle par malmenage sa personnalité et sa place dans le cadre nosologique.

Le sujet atteint de troubles auditifs par surmenage professionnel se plaindra, et cela presque toujours, uniquement d'hypoacousie, dont il ne peut préciser exactement le début. L'affection

1. Communication au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, mai 1912.

est discrète d'allure, mais progressive dans sa marche, sans la moindre rémission.

Trois périodes peuvent être envisagées. Tout d'abord, si le malade se rend compte que son oreille est « moins fine », il ne s'occupe guère de ce détail, car l'audition à la voix articulée est très satisfaisante, et le reste pendant longtemps. Rarement l'auriste est consulté à cette période que l'on pourrait appeler la période d'avertissement.

Puis la conversation est moins bien suivie; le sujet se plaint de l'articulation défectueuse de ses interlocuteurs, surtout s'ils ne se placent pas près de lui; mais peu à peu il se rend compte que c'est son oreille qui est insuffisante; les troubles dans l'audition de la voix articulée augmentent de plus en plus; c'est la période de gêne qui commence et qui nous conduit le malade.

Plus tard enfin s'ouvrira la période d'infirmité alors que la voix haute ne sera plus perçue qu'au contact du pavillon. Mais préalablement, notre sourd n'aura pas manqué de nous signaler qu'il ne perceoit pour ainsi dire plus le piaillage des oiseaux, le chant des cigales, le cri du grillon, les nuits d'été lui paraissent mortes; il évite la conversation avec les femmes et les enfants que généralement il entend fort mal; enfin la fatigue a une influence défavorable sur son audition, toujours plus mauvaise dans la soirée. Point fort important: la paracousie de Willis n'est jamais signalée.

Sans aller plus avant dans l'analyse des divers symptômes, nous n'aurons aucune peine à reconnaître tous les caractères de la surdité de perception. Rien n'y manque en effet: marche progressive, conservation pendant longtemps de l'audition du langage articulé, surdité pour les sons aigus, affaiblissement vespéral de l'acuité, absence de la paracousie de Willis, tendance à élever la voix.

Nous avons indiqué que, d'une façon générale, le début de l'affection était lent et surtout insidieux par le développement parallèle des lésions dans les deux oreilles, rendant ainsi toute comparaison impossible; mais il peut en être autrement. Le début peut être brusque et la cause très facilement retenue. Dans ce cas, le bourdonnement est de règle et peut même précéder d'assez longtemps l'hypoacousie. Mais il faut remarquer que ce mode d'invasion de la maladie est consécutif à une excitation particulièrement violente de l'oreille, ainsi qu'en témoigne le bourdonnement d'emblée (coup de sifflet strident par exemple). Nous avons fait déjà remarquer que dans la forme à début lent il n'existe pas d'acouphènes, leur existence et surtout leur inten-

sité notable doit éveiller nos soupçons sur la possibilité d'une étiologie différente (infections, diathèse) ou sur l'association de causes diverses.

Quant au vertige, il est également l'exception dans la surdité professionnelle par malmenage. Il peut s'observer à titre passager surtout dans la forme à début brusque ; sa persistance anormale doit faire songer comme pour les bourdonnements à la coexistence d'autres facteurs étiologiques. L'examen du labyrinthe postérieur est généralement normal.

Si nous passons à l'examen objectif du sujet, nous recueillerons des données d'une importance capitale qui ne feront que corroborer celles de l'examen subjectif, dont les indications acquièrent de ce fait même la plus grande valeur.

C'est vainement que l'on cherchera une affection du nez ou du cavum pouvant être considérée comme de quelque importance pour les troubles auditifs. Les voies aériennes sont le plus souvent en parfait état. Ce n'est pas que l'on ne puisse observer concurremment une rhinite hypertrophique par exemple, mais on ne saurait voir une relation de causalité entre un coryza vulgaire plus ou moins récidivant et des lésions profondes de l'appareil de perception. Ce serait d'ailleurs aller à l'encontre des enseignements de la clinique journalière. Il en est de même en ce qui concerne la membrane du tympan : elle peut être épaissie, infiltrée de sels calcaires sans être pour quelque chose dans l'évolution de l'hypoacousie professionnelle. Il n'en faut pour preuve que les très nombreux cas où il est impossible de dépister la moindre lésion tubo-tympanique. Contrairement à l'opinion des anciens observateurs qui faisaient graviter toute la pathologie otique autour de la lésion tympanique, l'expérience quotidienne mieux avertie nous fait admettre qu'un sujet peut être frappé de labyrinthite et présenter quelques lésions de l'appareil de transmission sans influence sur la lésion nouvelle. Nous n'insisterons pas sur ce fait qui relève à la fois et de la raison pure et de l'expérience.

Envisageons un cas type de surdité professionnelle, c'est-à-dire sans lésions des voies aéro-tympaniques et sans tare pathologique, et procédons à l'examen objectif de l'audition. Voici la réponse que nous obtenons :

1° L'épreuve de Schwabach (ut²) est très raccourcie ;

2° L'épreuve de Weber (ut²) est latéralisée du côté le moins malade ;

3° La perception cranienne à la montre de Lucae est très affaiblie ;

- 4° La perception aérienne également très diminuée;
- 5° Mêmes résultats avec l'acoumètre de Politzer;
- 6° La durée de perception aérienne du diapason ut⁶ de Lucae est extrêmement raccourcie;
- 7° La limite inférieure des sons est en général normale (ut⁴ ou ut⁵), même en période avancée de la maladie;
- 8° La limite supérieure, par contre, est dès le début très notablement abaissée;
- 9° L'examen de la voix indique une audition suffisante pour les phonèmes graves;
- 10° Les phonèmes aigus sont mal perçus;
- 11° L'épreuve de Gellé est positive tant que le labyrinthe est susceptible de répondre;
- 12° Pas de paracousie de Willis.

C'est donc bien d'une surdité de la perception qu'il s'agit; si l'on établit, avec les données précédentes, la courbe auditive à l'aide des schémas d'Escat, on obtient un diagramme type; l'affaïssement du tracé au niveau de la zone hypersensible est particulièrement notable et l'on sait toute l'importance qu'Escat attache à ce signe dans le diagnostic des otites de la perception.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'évolution de la surdité professionnelle est en général lente; un facteur est cependant susceptible de modifier cette allure, c'est l'âge du sujet soumis au malmenage. Blanc rapporte¹ dans sa thèse une observation d'Escat fort intéressante: il s'agit d'un jeune ferblantier de 32 ans qui ne percevait plus la montre par l'os, mais à 12 ans il avait commencé à battre le métal dans l'atelier de son père; et cependant pas de lésions des voies aériennes ou tubo-tympaniques, pas d'hérédité otoscléreuse.

Le nombre encore restreint de nos observations personnelles ne nous permet pas un essai de classification des professions d'après leur gravité pour l'oreille; mais, en nous basant sur les 142 cas rapportés par Blanc (voir plus haut), nous constatons que dans ce nombre les chaudronniers-tôliers sont représentés par 24 cas, les ferronniers et riveurs par 23, les serruriers et forgerons par 17, les ferblantiers par 13, les employés de chemins de fer par 13, les minotiers par 9, les officiers d'artillerie par 8, les ouvriers d'usines bruyantes par 7, etc. Sans donner à cette statistique plus de valeur qu'elle ne doit en avoir, on peut se faire une idée de l'importance relative de certaines professions au point de vue qui nous occupe et constater par exemple que,

1. BLANC. *Surdité professionnelle*, avril 1912.

des divers métiers, ce sont ceux qui s'exercent au milieu de vibrations sonores les plus diverses dans leurs caractères et les plus discordantes qui paraissent le plus redoutables pour l'audition.

Nous ne rapporterons que trois observations sur une quinzaine que nous avons pu suivre tant dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu que dans notre clientèle privée. D'ailleurs, elles sont calquées les unes sur les autres pour ainsi dire ; les différences ne portent que sur des points accessoires.

OBSERVATION I. — C..., 56 ans, ouvrier aux Ferronneries du Midi, se présente dans mon cabinet pour surdité progressive depuis 4 ans surtout. Pas de bourdonnements, pas de vertiges ; pas d'antécédents pathologiques, santé générale excellente. Voies aériennes supérieures, appareil tubo-tympanique normaux. Cependant le tympan paraît légèrement épaissi. Pas de paracousie de Willis.

Examen de l'audition :

Schwabach raccourci.

Weber indifférent.

Rinne positif bilatéral.

Acoumètre de Lucae (montre) air 2 cm.

« « « os 0.

Ut⁶ (de Lucae) perçu par l'air $\frac{15''}{60''}$ à gauche, $\frac{20''}{60''}$ à droite.

Limite inférieure normale (à peu près) ut⁰ (22. v. d.).

Limite supérieure (monocorde) ut⁸.

Lésion de l'appareil de perception.

OBSERVATION II. — L..., 56 ans, essayeur de cartouches au polygone ; tire depuis 25 ans 1500 coups de feu par jour, dans un abri très exigü ; il se plaint de surdité progressive ; marche très lente des deux côtés. Pas de bourdonnements, ni de vertiges, ni de paracousie. Rien à retenir de notable dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Examen du rhino-pharynx et du tympan négatif.

Examen de l'audition.

Weber indifférent.

Rinne franchement positif des deux côtés.

Pas de paracousie de Bonnier.

Perception aérienne à la montre abolie des deux côtés.

Perception osseuse à la montre abolie des deux côtés.

Perception mastoïdienne pour le la³ très raccourcie.

Perception aérienne pour l'ut⁶ = $\frac{20''}{60''}$ à droite, $\frac{10''}{60''}$ à gauche.

Limite inférieure normale.

Limite supérieure (sifflet d'Edelmann), ut⁹.

Phonèmes aigus mal perçus.

Lésion de l'appareil de perception.

OBSERVATION III. — B..., ex-employé de quai à la C^{ie} du Midi, 53 ans, se plaint de surdité ayant débuté il y a longtemps (10 à 15 ans) et s'aggravant depuis quelques années. Dans le bruit, l'audition est particulièrement diminuée. Pas de bourdonnements continus, mais en a présenté accidentellement. Pas de signes d'artério-sclérose nette, pas de vertiges, pas de maladies infectieuses graves.

Schwabach raccourci.

Weber indifférent.

Rinne positif.

Acoumètre (montre Lucae) par l'os = 0.

« « par l'air = 3 cm. et 5 cm. à gauche.

Ut⁶ Lucae $\frac{15''}{60''}$ à droite et $\frac{22''}{60''}$ à gauche.

Limite inférieure normale.

Limite supérieure ut⁸ (très faible).

Gellé positif.

Par l'ensemble des symptômes que nous avons exposés, la surdité professionnelle par malmenage auditif se trouve suffisamment définie. Mais, à s'en tenir aux grandes lignes, on arriverait facilement à la confondre avec les diverses surdités de la perception. Toute surdité de la perception n'est pas une surdité professionnelle. Il ne faudra donc pas omettre de s'enquérir sur les points particuliers qui donnent à cette otopathie sa personnalité ou qui en sont la condition même; on notera donc avec soin le genre de profession exercée par le malade; on fouillera le passé pathologique et l'on se livrera à un examen serré de l'état général pour s'assurer de l'inexistence de toute cause pouvant produire des lésions analogues à celles provoquées par le malmenage. Enfin, l'absence de certains symptômes tels que les bourdonnements et les vertiges appartenant plus spécialement aux surdités de la perception en général, achèveront d'assurer le diagnostic. C'est donc sur l'ensemble de ces trois données que reposent les notions de la surdité professionnelle.

Après les développements précédents, nous croyons qu'il serait superflu d'indiquer le diagnostic différentiel de l'affection qui nous occupe avec les otopathies sèches s'accompagnant d'hypo-acousie. Il nous suffit d'avoir établi que la surdité professionnelle est une surdité de la perception à type un peu spécial, mais comportant tous les caractères de la courbe auditive minutieusement élaborée par Escat, aux publications duquel nous renvoyons.

Nous tenons cependant à rappeler que l'otosclérose n'a rien

de commun avec l'hypoacousie professionnelle progressive. Si la paracousie de Willis a été signalée à l'actif de cette dernière, c'est certainement par erreur de diagnostic; il s'agissait sûrement d'otosclérose; il n'y a d'ailleurs, pour s'en convaincre, qu'à se remémorer les caractères de la surdité et ceux de sa courbe auditive.

Seule la surdité sénile mérite une mention, car elle est en tous points semblable à l'hypoacousie professionnelle par malmenage; d'ailleurs, cette dernière n'est-elle pas une sénilité précoce de l'organe usé par un fonctionnement abusif? Il n'y a donc pas lieu de chercher à différencier deux états absolument identiques; c'est donc sur les à-côtés de la question qu'il faudra nous baser souvent pour apprécier l'importance à attacher à la sénilité ou à la lésion professionnelle.

Mais il est encore des cas où la multiplicité des facteurs étiologiques rend le problème à peu près insoluble. Regrettons surtout au point de vue médico-légal de ne pouvoir répondre entièrement à certaines contingences. La maladie professionnelle n'est pas encore un accident de travail, mais elle tend à le devenir. Il nous arrivera donc d'être appelés à donner notre opinion dans des conditions fort délicates. Nous avons essayé d'apporter un peu de précision dans une question complexe; nous pensons être arrivé à un résultat qui permettra de vaincre de nombreuses difficultés.

QUELLE MÉTHODE DE TRÉPANATION DU LABYRINTHE DEVONS-NOUS PRÉFÉRER ?

Par **Ricardo BOTEY** (de Barcelone).

Dix ans en arrière, la chirurgie du labyrinthe se limitait à l'ouverture du conduit semi-circulaire externe, du vestibule et du limaçon par le fond de la caisse. A cette époque, après Hinsberg et avant personne en Espagne et pays latins, j'exécutai la trépanation du labyrinthe.

Deux ans plus tard (1905), Bourguet, de Toulouse, citait mon procédé opératoire, et Gradenigo, de Turin, le citait aussi, en 1906, dans sa monographie.

Quelque temps après la pyolabyrinthite étant mieux connue, il survint une autre technique ; car l'expérience avait démontré que le pus passait à la fosse cérébelleuse par le conduit auditif interne, l'aqueduc du vestibule et les conduits semi-circulaires postérieurs.

Je prétends vous parler de cette technique m'appuyant sur mon expérience et disposant de plusieurs préparations anatomiques que je vais vous montrer pour faciliter mes explications.

Méthode de Neumann. — Neumann n'a rien inventé ; on devrait dire méthode de Jansen, ou au moins de Jansen-Neumann. Par cette méthode on ouvre en arrière le conduit semi-circulaire externe et les conduits postérieurs, en faisant sauter la paroi postérieure du rocher entre le sinus et le conduit auditif interne. On pénètre après dans le vestibule par-derrière, sans ouvrir les fenêtres rondes et ovales ni le promontoire. Sur cette pièce anatomique (fig. 1) j'ai, en outre, ouvert le vestibule en haut, sur le *recessus épitympanique*.

Méthode de Bourguet (fig. 2). — Ouverture de la partie postérieure du conduit semi-circulaire externe et du conduit postérieur. On pénètre dans le vestibule par la branche profonde de conduit s. c. externe et on ouvre la branche commune du conduit s. c. postérieur. Finalement ouverture de la branche superficielle du conduit s. c. externe et section du pont osseux entre les deux fenêtres en faisant sauter le promontoire.

1. Communication au IV^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie (Bilbao, 26-30 août 1912).

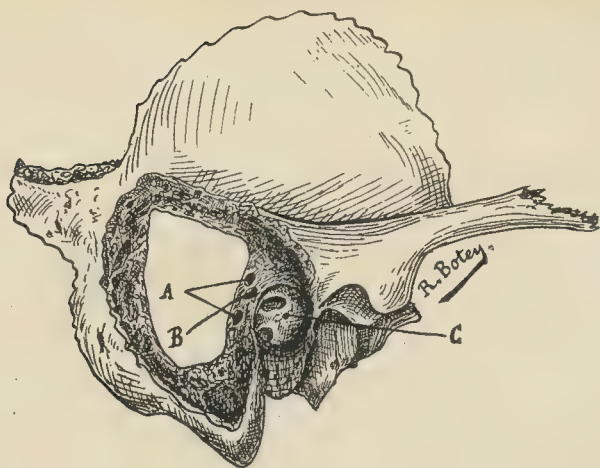


FIG. 1. — Trépanation avec la méthode de Jansen-Neumann, exécutée sur un temporal (Collection Botey).

A, Ouvertures du conduit demi-circulaire postérieur. — B, Ouverture de la boucle du canal semi-circulaire externe. — C, Promontoire intact, on y voit la fenêtre ovale, sans étrier ; au fond de la cavité opératoire une énorme brèche trapézoïdale constituée par la suppression de la paroi postérieure du rocher entre le sinus et le conduit auditif interne.

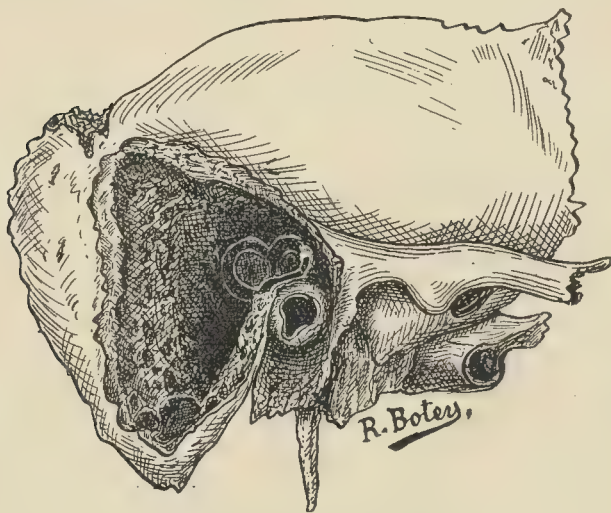


FIG. 2. — Trépanation du labyrinthe par la méthode de Bourguet.

Tous les conduits semi-circulaires ont été ouverts minutieusement avec le promontoire.



FIG. 3. — Trépanation du labyrinthe par la méthode de Hautant.

Au fond d'une large ouverture de l'antre et des cellules et derrière le massif du facial, on voit trois trous (plus grands que nature pour faciliter la compréhension) ; l'antérieur appartient à la boucle du canal externe et les supérieur et inférieur au canal postérieur. Les fenêtres ovale et ronde ont été ouvertes.



FIG. 4. — Trépanation du labyrinthe, méthode de Botey.

Ouverture des conduits s. externe et postérieur. Sur le promontoire on observe ouverte l'ampoule du conduit s. supérieur. Le vestibule et le limaçon ont été aussi ouverts par la caisse.

Méthode de Hautant (fig. 3). — Réunion des deux fenêtres et ouverture du promontoire. On place la curette coudée de Kretschmann dans le vestibule, et on fait à la gouge derrière le coude du facial, un carré de trépanation ; sur la paroi antérieure de ce carré apparaît la boucle du conduit semi-circulaire externe ; on pénètre par sa branche interne dans le vestibule en ayant l'extrémité de la curette comme guide.

Méthode de Boley (fig. 4). — Ouverture de la boucle du canal externe au niveau de l'*aditus*. On creuse à la fraise, entre le massif du facial et le sinus, une tranchée de 8 à 9 millimètres

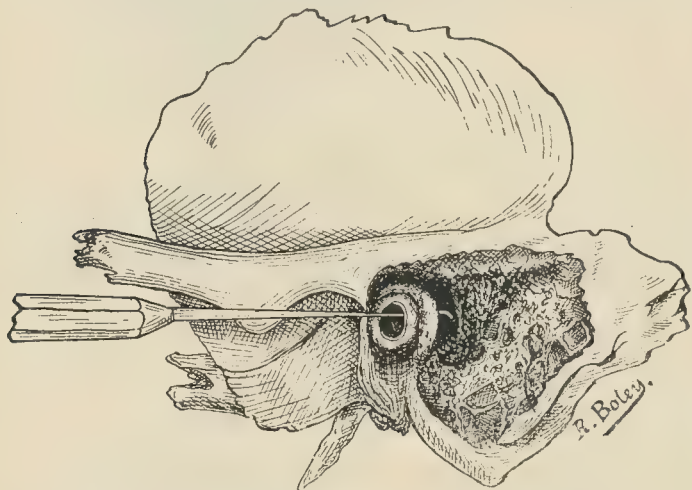


FIG. 5. — Trépanation du labyrinthe par la méthode de Ruttin.

Un stylet introduit par le vestibule sort par l'ouverture en tunnel créée derrière le massif du facial.

de profondeur et de 6 à 7 de hauteur. On ouvre de cette façon en masse le canal postérieur, la branche commune du supérieur et la paroi postérieure du vestibule. Après on ouvre l'extrémité antérieure du canal semi-circulaire supérieur, à 4 millimètres en dessus du pôle postérieur de la fenêtre ovale.

Finalement, on exécute la défénéstration et on défonce le promontoire.

Méthode de Ruttin (fig. 5). — Cette méthode est une simplification et un perfectionnement de celle de Hautant. Avec elle on ne se préoccupe pas d'ouvrir la boucle du canal s. c. externe ni des

autres canaux semi-circulaires. Rutin découvre simplement le vestibule par-derrière et le limaçon par-devant ; ce qui est parfaitement suffisant dans tous les cas quand il n'existe pas de complication intracrânienne et pourvu qu'il y ait de l'espace entre le massif et la paroi postérieure du rocher (fig. 6 et 7).

La radicale largement exécutée, ayant bien à découvert l'espace appelé triangle de Trautmann (entre le sinus, le massif et la fosse cérébrale moyenne) on creuse, derrière le canal horizontal

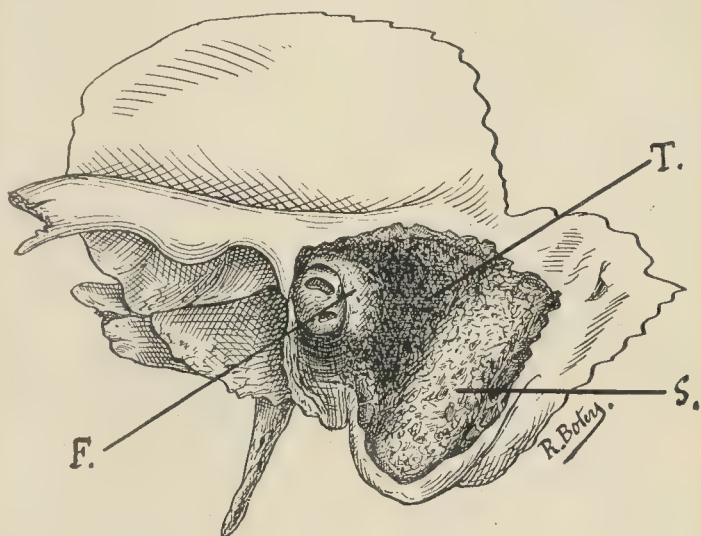


FIG. 6. — Temporal laissant de l'espace pour ouvrir par derrière le labyrinthe sans abattre la paroi postérieure du rocher.

F, Massif du facial. — S, Sinus sygmoïdien. — T, Triangle de Trautmann.

et le tiers supérieur du massif, un tunnel de un centimètre de profondeur, car ici la paroi postérieure du vestibule se trouve à la distance de 9 à 11 millimètres de la proéminence du canal s. c. horizontal.

Pendant que l'on travaille à cette tranchée, on explore, de temps en temps, avec une sonde mince et flexible, à travers la fenêtre ovale. Quand la sonde apparaît derrière le massif le vestibule est ouvert par sa paroi postérieure.

• Ouverture du vestibule et du limaçon par-devant.

Réflexions. — Mon opinion actuelle sur la manière de trépaner le labyrinthe est quelque peu différente de celle exprimée

dans mes *Leçons sur la pyolabyrinthite*, publiées dans mes *Archives*, et en celle émise par moi, l'année passée, à la *Société barcelonaise d'oto-rhino-laryngologie*.

Je pense aujourd'hui que les premières méthodes de Hinsberg et de Botey qui ouvraient seulement le labyrinthe par la caisse, ne doivent être utilisées que comme complémentaires des méthodes modernes de labyrinthectomie dont je viens de vous entretenir.

La méthode dite de *Neumann*, devra être utilisée, non seulement quand il y aura infection de la fosse cérébrale postérieure, mais aussi forcément quand le manque de place derrière le vestibule (sinus trop avancé, antre très petit ou nul) oblige à perforer la paroi postérieure du rocher.

Néanmoins, je considère excessive l'utilisation de cette méthode systématiquement, comme le font, avec son auteur, Siebenmann, Jansen, Urbantschitsch et d'autres, sous prétexte des avantages de la méthode pour atteindre commodément le labyrinthe par derrière.

D'autre part, je ne pense pas que la mise à nu de la dure-mère puisse être un inconvénient. Je ne connais aucun cas malheureux à cause de cela, et s'il peut quelquefois y avoir une déchirure de la dure-mère, accident extrêmement facile à arriver étant donnée la situation de la cavité osseuse, jamais, que je sache, cette déchirure n'a eu des conséquences fâcheuses.

La *méthode de Bourguet* est excellente dans les mains admirables de son auteur qui possède une habileté extraordinaire; mais son extrême minutie est un inconvénient pour celui qui n'est pas rompu aux travaux de l'amphithéâtre. Je l'ai essayée, en effet, plusieurs fois et je me la figure dans la pratique très longue et difficile à exécuter et même impossible à terminer dans certains cas. Cette méthode est un vrai tour de force.

D'ailleurs, à mon avis, il est inutile, après avoir ouvert la branche postérieure du canal externe, le canal postérieur et le vestibule, d'agir de même avec la branche commune du canal supérieur et du canal postérieur très profondément située; puis de compliquer l'intervention en y ajoutant l'ouverture de la branche superficielle du canal externe. Avec cela on prolonge beaucoup la durée de l'opération, on s'expose à blesser la dure-mère, le sinus pétreux supérieur et aussi à la blessure du facial en-dessus de la fenêtre ovale, où on ne doit jamais, à mon avis, le mettre à découvert, car si ce nerf croise le canal de Faloppe, c'est-à-dire s'il se trouve en position haute, la lésion est inévitable.

La *méthode de Hautant*, si répandue chez nous et en France,

est d'exécution facile et suffisante dans presque tous les cas. Mais elle ouvre sans nécessité la boucle du canal s. c. horizontal et en bloc tous les autres conduits semi-circulaires.

La *méthode de Botey* malgré qu'elle ajoute à celle de Hautant l'ouverture du conduit supérieur en-dessus de l'*aditus* et avec ce faire on obtienne les avantages des autres méthodes, moins les difficultés techniques de quelques-unes, en assurant le drainage de tous les canaux semi-circulaires, du vestibule et du limaçon, est en fait un peu longue. L'expérience m'a appris, en outre,

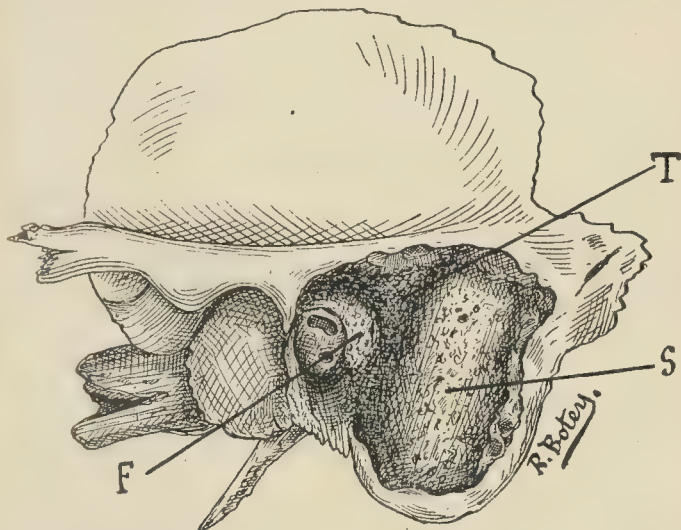


FIG. 7. — Temporal ne permettant pas l'ouverture du labyrinthe par derrière à cause de la procidence du sinus.

F, Massif. — T, Triangle de Trautmann. — S, Sinus sygmoïde.

que l'ouverture de l'ampoule du conduit s. c. supérieur est complètement inutile puisque le pus ne tend jamais ou presque jamais à pénétrer par le conduit s. supérieur vers la fosse cérébrale moyenne ; les lésions sont ordinairement postérieures.

La *méthode de Rutin* est plus simple et facile que toutes les autres. Je trouve cette méthode idéale au point de vue de sa sécurité et de son efficacité. Néanmoins il existe des cas où l'on ne peut l'exécuter. Ces cas heureusement assez rares sont ceux où on ne peut passer à travers le triangle de Trautmann ; dans ces circonstances on abattra la paroi postérieure du rocher.

Aujourd'hui j'opère mes malades de suppuration du laby-

rinthe avec la méthode de Ruttin. S'il existe une complication intracrânienne je mets à nu la dure-mère cérébelleuse et aussi, quelquefois, la cérébrale, en laissant entre l'une et l'autre une bande d'os afin d'éviter la hernie encéphalique.

Dernièrement j'opérais une jeune fille de 15 ans, atteinte de suppuration chronique bilatérale de l'oreille avec pyolabyrinthite gauche, sans la moindre réaction cochléaire et vestibulaire.

Après une radicale bien large je ne pus absolument pas ouvrir le vestibule par-dérrière; le sinus était très procident et l'antre n'existait presque pas. Dérrière le massif et le conduit horizontale, il ne restait qu'une fente verticale, dont je ne pouvais voir la paroi antérieure. Je fus obligé de faire sauter la paroi postérieure du rocher depuis les cellules mastoïdiennes postérieures. Seulement alors je pus, en déprimant la dure-mère, agir sur la paroi antérieure de la tranchée pétreuse pour ouvrir le vestibule par-dérrière.

Si dans ce cas je me contentais de l'ouverture antérieure d'Hinsberg ou de Botey, le drainage postérieur des canaux semi-circulaires et du vestibule ne se faisant pas, je me serais exposé à voir succomber ma malade à une infection cérébelleuse se faisant route par la paroi postérieure du rocher.

Messieurs, je vais terminer en vous expliquant en deux mots ma manière d'agir au point de vue de la technique.

Il va sans dire que toute labyrinthectomie doit être précédée d'une très large radicale, principalement des cellules les plus postérieures et supérieures afin que l'inclinaison des instruments soit possible. En outre il faut diminuer le plus possible la saillie du massif pour bien mettre les fenêtres à découvert; mais pour ce faire il convient de ne pas trop toucher le versant postérieur du massif, comme vous verrez sur cette préparation, où le nerf a été mis à nu. Sur le versant antérieur du massif, en face de la fenêtre ronde, la blessure du facial est moins à craindre; on peut ici rogner la paroi postérieure du conduit auditif osseux dans l'épaisseur de plus d'un millimètre et demi.

Après avoir utilisé pendant plusieurs années la fraise électrique et la gouge et après avoir loué les avantages de la première pour la radicale, je crois aujourd'hui que malgré que l'on peut faire brillamment un évidement avec la fraise, si on en a l'habitude, il est au fond peut-être préférable d'exécuter celui-ci à la gouge, en utilisant la pince osseuse pour la paroi postérieure du rocher et un très fin ciseau pour la section du pont entre les fenêtres.

Malgré que presque partout on trépane aussi le labyrinthe à la

gouge, après une longue expérience comparative et de multiples essais sur le cadavre, je m'incline résolument maintenant vers l'usage de la fraise électrique, car avec la gouge le travail est très lent, il peut se produire des fêlures et de la commotion des centres nerveux, tandis qu'avec la fraise conduite sur le triangle de Trautmann, deux ou trois minutes suffisent pour créer facilement et sans danger le tunnel nécessaire.

Conclusions. — 1° Jamais on n'ouvrira le canal horizontal sur la fenêtre ovale, à cause du danger de blesser le facial.

2° Dans les suppurations du labyrinthe limitées, à ce qui paraît, au canal horizontal, au vestibule et au limaçon, on n'exécutera pas la labyrinthectomie partielle antérieure, car de cette façon le pus mal drainé passerait à la fosse cérébrale postérieure. Dans ces cas on exécutera premièrement la radicale; si le labyrinthe continue à ne pas réagir, on fera la labyrinthectomie totale.

3° Dans tous les cas de suppuration chronique diffuse du labyrinthe, la méthode de Ruttin. Si le triangle de Trautmann ne le permet pas on fera un Jansen-Neumann. On agira de même s'il existe complication cérébelleuse.

4° Toute trépanation du labyrinthe devra être précédée d'une très ample radicale à la gouge, tandis que le labyrinthe sera ouvert à la fraise.

5° Il faut trépaner tout labyrinthe qui ne réagit pas, malgré que la présence du pus ne soit pas démontrée, car si nous nous contentons de la radicale nous pouvons déplorer une méningite, d'autant plus que la labyrinthectomie est toujours bien supportée et il n'existe pas un moyen de diagnostiquer si le labyrinthe contient du pus, des granulations ou du tissu fibreux.

6° En somme, nous devons pour les cas ordinaires préférer pour ouvrir le labyrinthe la méthode de Ruttin. Quand il y a complication cérébelleuse, ou que la place manque derrière le massif, la méthode de Jansen, qui porte le nom de Neumann.

QUATRE CAS DE TUMEURS DU PHARYNX OPÉRÉS PAR VOIE BUCCALE

Par **GAULT**, professeur suppléant,
Chargé du service oto-rhino-laryngologique à l'École de médecine de Dijon.

OBSERVATION I. — M. O..., de Dijon, 58 ans, vient à notre consultation le 29 décembre 1909, accusant de l'obstruction nasale gauche; depuis un mois, il mouche du sang.

A la rhinoscopie antérieure et postérieure, au toucher, on perçoit une tumeur dure de la grosseur d'une forte cerise, mais à limites diffuses, semblant faire corps avec la face postérieure du voile du palais qui est peu mobile. Rien à la face antérieure du voile, pas de ganglions.

Opération en mars 1910. Incision antéro-postérieure du voile avec des ciseaux à thyrotomie, et suppression de toute la moitié gauche du voile, qui vient avec la tumeur. Hémorragie assez abondante qui nécessite le tamponnement, enlevé le deuxième jour. Nouvelle hémorragie très abondante, nouveau tamponnement. La moitié, ou plutôt le tiers restant du voile est soudé au pilier postérieur opposé. Néanmoins, large communication entre le nez et les fosses nasales, d'où voix nasonnée et croûtes nasales. A la longue, par rétrécissement cicatriciel très grande atténuation de ces deux symptômes, deux ans après pas de récurrence. Il persiste un léger nasonnement. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

OBS. II. — *Épithélioma du voile et du pilier antérieur droit. Ablation par voie buccale.*

M. P..., 73 ans, de Dijon, vient à notre consultation le 7 janvier 1910 pour une ulcération végétante présentant les caractères de l'épithélioma et occupant le bord libre et la partie postérieure du voile à droite, ainsi que le pilier antérieur, remontant à environ huit mois. Pas d'engorgement ganglionnaire apparent.

Opération le 18 janvier 1910.

Sous chloroforme. Section du voile sur la ligne médiane d'arrière en avant, avec des ciseaux courbes de thyrotomie; au bistouri de toute la moitié droite du voile et du pilier antérieur du même côté. Le pilier postérieur attiré en avant et en dedans est suturé à la partie restante du voile, ce qui réduit la perte de substance. L'hémorragie fut abondante. Suites simples. La voix reste légèrement nasonnée avec un peu de dessèchement de la muqueuse du pharynx buccal. Depuis deux ans, pas de récurrence.

OBS. III. — *Lymphosarcome de l'amygdale droite chez un homme de trente-trois ans. Ablation par voie buccale.*

M. Victor V..., 33 ans, instituteur à H... (Haute-Marne) nous est adressé par notre excellent confrère le Dr Perfetti, de H... le 8 septembre 1910, pour une tuméfaction localisée à la région amygd-

dalienne droite, s'étant développée progressivement depuis plusieurs mois, sans douleurs et ayant alors le volume d'une très grosse noix revêtue de sa coque. L'amygdale gauche est à peine visible.

A l'examen, on observe une tumeur blanchâtre occupant toute la loge, de consistance ferme au doigt qui l'explore. Cette tumeur paraît adhérer surtout en arrière. Pas de ganglions apparents. Nous faisons le diagnostic de sarcome de l'amygdale au début. Un fragment enlevé à la pince montre qu'il s'agit d'un lymphosarcome, examen confirmé par notre maître et ami le professeur Jacques (de Nancy). Opération le 13 septembre 1910 avec l'assistance des Drs Perfetti et Deroye. Chloroforme, malade en position de Rose, bouche largement ouverte par un bâillon de Withead. Incision verticale sur le pilier antérieur. Amorçage du décollement à la sonde cannelée, continué ensuite aux doigts et aux ciseaux courbes. Décollement facile en avant, très difficile en arrière.

L'hémorragie fut assez considérable (la carotide externe n'avait pas été liée) et combattue par la compression avec des tampons montés sur pinces. Elle s'arrêta après l'opération. Cette énucléation fut assez laborieuse. Durée totale de l'intervention, environ trois quarts d'heure.

Suites extrêmement simples. Pas d'hémorragies secondaires. Six jours après, le malade sortait de la clinique et après trois semaines reprenait son service d'instituteur. Quatre mois plus tard, récurrence, sous forme d'un noyau de la grosseur d'une cerise siégeant en arrière au point des adhérences maxima. Il est énucléé sous cocaïne; le malade étant en position assise. Depuis cette époque, après dix-huit mois, pas trace de récurrence. Le malade a été revu pour la dernière fois il y a trois semaines. Actuellement, il persiste seulement une déformation cicatricielle avec immobilisation partielle du voile à droite, mais pas de gêne fonctionnelle.

Obs. IV. — *Tumeur de la paroi latérale droite du pharynx buccal intéressant les piliers, le voile, l'amygdale, la base de la langue. Ablation par les voies naturelles.*

M^{me} P... (de Dijon), 50 ans, se présente à notre examen le 7 janvier 1912, accusant de la dysphagie depuis environ six mois, avec otalgie droite surtout la nuit. Elle présente une infiltration, sans ulcération, de toute la paroi latérale droite du pharynx buccal, d'aspect gris rosé, intéressant l'amygdale, les deux piliers, la moitié droite du voile, le sillon glosso-amygdalien droit, et se prolongeant en arrière du pilier postérieur du pharynx sur la paroi postérieure. Au toucher, on perçoit une masse dure de la grosseur d'une noix revêtue de sa coque, et se prolongeant en dehors. La tumeur semble mobile sur les plans sous-jacents, tout au moins dans la partie supérieure. Mais elle paraît adhérer à la partie inférieure, vers le sillon glosso-amygdalien. Pas de ganglions apparents. Suintement sanguin au moindre attouchement. Vu l'absence de ganglions apparents et la mobilité relative de la tumeur, nous proposons l'ablation par voie buccale, qui est acceptée par la malade.

L'opération a eu lieu le 6 mars à la clinique de Sainte-Marthe, avec l'assistance de notre confrère le Dr Lucien et M. Guillemard, notre externe. Après ligature de la carotide externe entre les artères thyroïdienne et linguale, sans que nous rencontrions de ganglions, la tête est mise en position de Rose, un bâillon de Withead ouvrant la bouche au maximum. Tandis qu'une aide récline la langue d'une part, la joue d'autre part avec des écarteurs appropriés, nous fendons le voile sur la ligne médiane jusqu'à la voûte avec des ciseaux à thyrotomie, passant à un bon centimètre en dehors du néoplasme. Au bistouri, incision verticale en dehors du pilier antérieur sur le bord antérieur du ptérygoïdien interne. Réunion transversale des extrémités supérieures des deux incisions précédentes : puis au doigt, nous décollons la tumeur en dehors. Le clivage est assez facile en dehors, en avant, en arrière, où nous devons poursuivre le décollement jusqu'au milieu de la paroi postérieure du pharynx. Ce temps s'accompagne d'un suintement sanguin assez abondant, provenant des veines des plexus pharyngien et ptérygoïdien. Néanmoins, la compression en a assez facilement raison, aidée de tamponnement avec des compresses imbibées d'eau oxygénée. En bas, la tumeur empiète et adhère à la racine de la langue, qu'elle infiltre sur le côté, jusque vers l'os hyoïde. On pratique aux ciseaux l'ablation de près de la moitié latérale droite de la partie postérieure de la langue. La tumeur enlevée, le pharynx se présente avec l'aspect suivant :

Abrasion de la paroi latérale droite du pharynx buccal, de la moitié droite du voile, de la moitié droite de la paroi postérieure pharyngée, de près de la moitié droite de la langue dans son tiers postérieur, jusqu'à l'os hyoïde. Cette vaste surface cruentée donne un saignement de moyenne abondance, dont le tamponnement a facilement raison. En dehors, cette plaie reste limitée par les muscles stylo-pharyngien et stylo-glosse, facilement reconnaissables. En avant, dans le sillon glosso-gingival, se voit le gros cordon blanc du nerf lingual.

Avec la muqueuse restante, on rétrécit la plaie ainsi faite. Il ne reste guère ensuite comme surface cruentée qu'une plaie un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs. Le temps des sutures, faites tant au catgut, qu'au fil d'argent, fut le plus laborieux. On aurait intérêt, je crois, à utiliser dans ces cas, quand l'ablation est très étendue, des agrafes de Michel. Après l'opération, comme nous restons assez loin de la clinique, mise en place d'un compresseur de Bosviel. Malade couchée tête basse, les pieds du lit relevés d'environ 35 centimètres, de façon que sang et mucosités s'accumulent dans le pharynx, plutôt que d'être aspirés par la trachée. Le soir, température, 37°5 ; le lendemain, température normale. On enlève le compresseur. Mise en place d'une sonde œsophagienne à demeure ; par laquelle la malade est alimentée.

VIII

LA CURE RADICALE ENDONASALE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE DE LA SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE¹.

Par **Louis VAN DEN WILDENBERG** (d'Anvers).

J'ai eu l'occasion d'employer quinze fois le procédé que je viens vous recommander. Je me bornerai à relater succinctement à la fin de cette communication deux observations particulièrement intéressantes.

Je veux vous parler non pas d'un drainage du sinus maxillaire au moyen d'une ouverture plus ou moins grande de la paroi nasale interne, tel le procédé en vogue de Claoué, en y ajoutant même un curettage du sinus, tel que le veut l'élégant procédé de Mahu, mais il s'agit d'une cure radicale comprenant tous les temps de la cure radicale externe d'après Friedrich-Denker, sans en avoir les inconvénients.

J'ai presque abandonné en sa faveur le procédé universellement connu de Caldwell-Luc auquel j'ai eu recours très fréquemment pendant plus de dix ans. En 1903 et 1904, j'ai, à l'exemple de Friedrich et Denker, réséqué l'angle dièdre sinuso-nasal, la crête piriforme qui sépare les deux orifices de trépanation faciale et nasale de l'opération de Caldwell-Luc.

Comme eux nous avons pu constater le non-fondé des appréhensions mises en avant par les auteurs notamment les craintes au sujet de l'esthétique de la face, au sujet de la solidité du squelette de la face, au sujet de l'écoulement des larmes. Toutes ces craintes n'étaient pas fondées.

Ces opérations nous ont permis de constater comment par cette résection on résout élégamment et facilement la contre-ouverture nasale, temps opératoire qui nous a laissé quelquefois une pénible impression, tant elle retardait l'opération. Laurens n'a-t-il pas inventé une grosse pince spéciale qui est une pince emporte-pièce sacrifiant tout, même la muqueuse dont il vaut mieux être parcimonieux.

La méthode endonasale à laquelle nous avons donné la préférence est celle de Sturman.

¹. Congrès annuel de la Société Belge d'oto-rhino-laryngologie, juillet 1912.

La voici en deux mots :

Après anesthésie locale d'après les méthodes connues, incision verticale dans le vestibule nasal au niveau de la crête piriforme. Résection de cette crête, puis résection de la paroi faciale. La paroi faciale du sinus, contrairement à ce qu'objectent certains auteurs, peut être réséquée très largement par cette voie.

Du côté du nez résection sous-muqueuse du méat inférieur dans sa totalité. Si l'inspection de la cavité n'était pas suffisante, on peut réséquer le méat moyen. Conservation des cornets. Curettage soigneux et complet grâce à une inspection facile de la cavité. Taille d'un grand lambeau muqueux qu'on applique sur la paroi inférieure du sinus.

Avantages de l'opération radicale endonasale :

Comme dans les opérations similaires de Denker, etc., par voie buccale la résection de la crête piriforme permet un travail plus élégant, plus commode que dans l'opération de Luc. Surtout il permet une admirable vue sur tout le champ opératoire. Il rend très facile l'établissement d'une ouverture permanente nasale. Cet orifice, contrairement à celui des autres procédés, n'a guère de tendances à se rétrécir et surtout comme il est beaucoup plus en avant et qu'il n'y a pas de crête rigide qui barre la route, on est agréablement surpris de voir comme on peut facilement dans la suite examiner directement toutes les parois et anfractuosités de la cavité.

Cette inspection est utile pour voir s'il n'y a pas une petite récive locale et quand celle-ci se présenterait, de pouvoir limiter au seul endroit suspect l'effort thérapeutique.

J'ai présenté il y a quelques mois à la Société de Médecine d'Anvers trois malades, opérés d'après cette méthode. Tous les trois étaient porteurs de lésions fort anciennes et tous les trois opérés sous anesthésie locale, avaient promptement guéri. J'ai fait devant cette société une exploration du sinus opéré.

Je me sers à cet usage du spéculum trachéal de Pieniazeck que j'introduis muni de son mandrin dans la direction de la paroi à examiner. Arrivé en cet endroit, je retire le mandrin et j'explore la région.

Cet examen post-opératoire qui ne m'a guère réussi dans les autres procédés me réussit ici facilement. Avec cet orifice plus antérieur, moins rigide on pourrait, dans des cas rebelles, laisser faire des lavages par le malade : le malade introduirait lui-même une canule pour pratiquer des lavages.

De là la simplicité des soins consécutifs qu'on peut laisser entièrement, comme je l'ai fait dans la plupart de mes cas, à une

infirmière intelligente. Grâce à cette méthode, j'ai obtenu une diminution notable de l'hospitalisation du malade, avantage que celui-ci apprécie bien mieux que son médecin.

Il nous est arrivé de laisser retourner plusieurs malades après le deuxième jour, sans qu'il en ait résulté le moindre inconvénient.

J'ai trouvé que cette opération est moins sanglante que l'opération de Caldwell-Luc. J'attribue cet avantage à l'écartement plus efficace sur les lèvres de l'incision nasale.

J'arrive à l'avantage principal, celui pour lequel je me suis surtout rallié à cette méthode : c'est l'absence d'incision buccale. Donc plus de sang dans la bouche et le laryngo-pharynx pouvant donner lieu à une « sluckpneumonie ». Donc pas d'infection nouvelle venant de la bouche et possibilité de s'alimenter dès le premier jour, de mâcher, etc. Absence presque totale de l'œdème des joues si fréquent dans l'opération par voie buccale.

Voici deux observations fort intéressantes :

OBSERVATION I. — M^{me} V. d. B., cliente de notre ami le Dr Dufraing, 86 ans. Je suis appelé auprès d'elle au mois de juillet 1911. D'une intelligence vive et d'une constitution délicate, elle souffre au moral et au physique d'une sinusite maxillaire chronique gauche. On lui a pratiqué, il y a un an, une trépanation alvéolaire et grâce à cette intervention, son dévoué médecin peut lui pratiquer des lavages journaliers et quelquefois biquotidiens. Ces lavages faits tantôt à l'eau stérile, tantôt avec toute la gamme des astringents et des antiseptiques ne parviennent pas à enrayer sa maladie. Si ces lavages lui permettent d'échapper aux complications de la rétention purulente, ils lui causent beaucoup de douleurs et ils sont vivement appréhendés par la malade. De là elle vit dans une angoisse perpétuelle et elle a perdu son caractère gai de jadis.

Le pus est abondant et surtout très fétide. L'examen du nez me fait découvrir une forte déviation de la cloison osseuse et cartilagineuse vers la gauche couvrant la région du méat inférieur et moyen.

Après trois mois de traitement médical comme les symptômes empiraient, je me décidais à recourir à l'opération radicale endonasale telle qu'elle a été décrite plus haut. Mais il fallait absolument faire au préalable la résection sous-muqueuse d'une notable partie de la cloison nasale et surtout du vomer. Je pratiquai celle-ci aussi vite que possible, soit en un quart d'heure. J'avais l'intention de m'arrêter là, quand, à notre grande surprise, la malade un peu ébranlée par les coups de gouge, mais très calme, exigea que je procède à la seconde opération.

Le poulx étant resté très bon, je pratiquai la cure radicale endonasale de la sinusite maxillaire décrite plus haut et sous anesthésie locale.

L'opération large qui s'était terminée sans écoulement de sang, sans douleur appréciable fut admirablement tolérée.

Le choc fut presque nul. Le même jour la malade put manger et boire. L'évolution post-opératoire fut particulièrement heureuse : pas de fièvre, à peine un peu de gonflement de la joue.

Au bout de quelques jours la malade fut complètement guérie. Elle a retrouvé son enjouement et depuis 9 mois qu'elle est opérée, elle est restée complètement guérie.

C'est une de nos malades les plus reconnaissantes.

L'opération de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale l'intervention radicale de la sinusite maxillaire chronique qu'on conseille de ne plus pratiquer après la soixantaine, peuvent, dans des conditions exceptionnelles, être pratiquées sans dommage pour le patient et procurer des guérisons remarquables même à 86 ans !

Obs. II. — V. D., 59 ans, est venu nous consulter pendant des années pour des polypes récidivants comblant les deux fosses nasales dus à une double sinusite maxillaire chronique.

Il est en même temps atteint de crises d'asthme typique qui datent depuis les quelque quatre ans qu'a débuté son affection nasale. Ces accès d'asthme atteignent un paroxysme, tel que le malade accepte enfin la cure radicale de ses sinus malades que nous avons proposée dès le début.

Le 13 novembre 1911 nous avons pratiqué dans l'après-dîner sur ce malade qui avait mangé comme d'habitude, le soir à 6 heures la cure radicale endonasale bilatérale sous anesthésie locale de ses vieilles sinusites maxillaires.

Comme il fallait s'y attendre, des polypes et des fongosités comblaient les deux sinus. Les suites ont été normales. Le malade pouvait manger le lendemain.

L'effet de cette intervention sur l'asthme a été remarquable. Depuis les huit mois que l'homme est opéré, les accès d'asthme, autrefois si pénibles, ne se sont plus guère montrés.

Si l'opération radicale de la sinusite maxillaire ainsi pratiquée n'est pas devenue plus facile pour l'opérateur, au moins les dangers à encourir par le malade sont devenus nuls et les suites opératoires sont absolument idéales.

FIBROMES NASO-PHARYNGIENS TRAITEMENT PAR LA RHINOTOMIE PARALATÉRO-NASALE¹.

(Procédé de Moure et Sébilleau.)

Par **PEUGNIEZ** et **LABOURÉ** (d'Amiens).

Les fibromes naso-pharyngiens sont des tumeurs fibreuses ou fibro-sarcomateuses du rhino-pharynx. Le terme de polype doit être abandonné.

Etude anatomo-clinique. — Cette tumeur peut se voir à tout âge et particulièrement chez les jeunes gens. Chez la femme elle se montre surtout de 20 à 30 ans. Notre ignorance vis-à-vis de sa cause véritable est la même que pour toutes les tumeurs. Ferrari pense qu'elle est due à l'altération de la sécrétion de l'hypophyse pharyngée. Elle serait donc le résultat d'une intoxication due à une insuffisance glandulaire spéciale.

Le point de départ anatomique de la tumeur est variable et peut être tantôt le trousseau fibreux intermédiaire à l'apophyse basilaire et l'apophyse odontoïde (Tillaux), tantôt et le plus souvent sur l'ethmoïde et le sphénoïde (Jacques, de Nancy), l'apophyse ptérygoïde et le vomer. Le point de départ est donc franchement nasal.

L'évolution de la maladie se fait en trois périodes : une première *latente*, caractérisée cliniquement par un écoulement nasal séreux, quelquefois de l'épistaxis et de la céphalée ; une deuxième dite *chirurgicale*, où la tumeur acquiert un volume suffisant pour supprimer la respiration nasale. A cette période l'examen révèle immédiatement que le sujet respire par la bouche et que le voile du palais est abaissé d'un ou de deux côtés ; enfin une troisième période dite *d'envahissement*, où la tumeur pénètre dans les sinus de la face et de l'orbite. Il en résulte des déformations considérables. Le malade est rarement examiné à cette période, car il est opéré plus tôt.

L'exploration du nez et du rhino-pharynx doit être faite très complètement et avec une grande douceur. On aura recours d'abord à la rhinoscopie antérieure après attouchement sérieux à l'adrénaline, puis à l'exploration douce à l'aide d'un stylet, ensuite à la rhinoscopie postérieure et finalement au toucher

1. Communication à la Société médicale de Picardie, juin 1912.

digital. Nous répétons que pour ces différentes manœuvres il faut user largement d'adrénaline et procéder avec une extrême douceur pour ne pas provoquer d'hémorragie. Cet examen a une très grande importance, car c'est sur lui qu'est basé le choix du procédé opératoire.

Traitement chirurgical. Le polype peut être enlevé par les voies naturelles ou par voie externe.

Pour que l'extirpation par voies naturelles ou rhinologiques

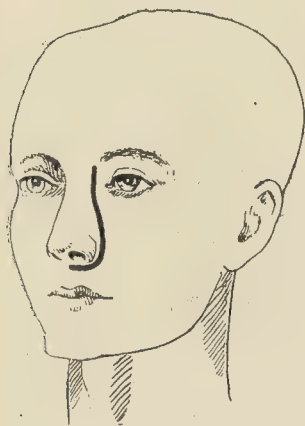


FIG. 1. — Tracé d'incision de l'opération Mouton-Sébileau.

soit possible il faut que la tumeur se pédiculise bien dans la fosse nasale et puisse être saisie à l'aide de l'anse froide ou galvanique, ou encore qu'elle s'étale sur la face postérieure du rhino-pharynx, où on peut la désimplanter facilement avec la rugine de Doyen ou d'Escat. Hormis ces deux cas il faut intervenir par une des voies artificielles.

Je me souviens d'une tumeur de ce genre que le chef de clinique de l'un de nous, spécialiste en rhinologie, voulut extirper ainsi à l'anse galvanique par les voies naturelles et sans chloroforme. Le pédicule était volumineux. L'anse avait à peine rougi qu'un ruisseau de sang

jaillit par les deux narines. Le malade suffoquant, étranglé cherchait à arracher l'instrument auquel il attribuait sa gêne respiratoire croissante, les mouvements aggravèrent la déchirure du pédicule : l'hémorragie s'en accrut dans la lutte que soutenait le malade contre les assistants qui s'efforçaient de le maintenir, il était tombé de sa chaise et se débattait à terre perdant à flots le sang par les deux narines et par la bouche. Je dus entrer en scène, je sautai sur un écarteur de mâchoires, ouvris la bouche du malade, lui fendis à tâtons la voûte du palais et saisissant une forte pince de Museux, accrochai le polype et l'arrachai. L'hémorragie s'arrêta aussitôt.

J'ai gardé le souvenir de cette intervention dramatique et n'en conseille guère la technique que pour les polypes de petit volume et bien pédiculés.

Les voies artificielles sont au nombre de trois : palatine, nasale antérieure et latéro-nasale.

a) *Voie palatine.* — Le sujet étant placé dans la position de

Rose, le chirurgien incise le voile membraneux et résèque la voûte palatine; s'il manque de jour il supprime également le vomer et les cornets. Cette voie présente l'avantage de supprimer la cicatrice visible de la face. Quelques chirurgiens spécialistes entraînés, comme Sébilleau, lui donnent la préférence.

b) *Voie nasale antérieure.* — L'opération consiste à circon-

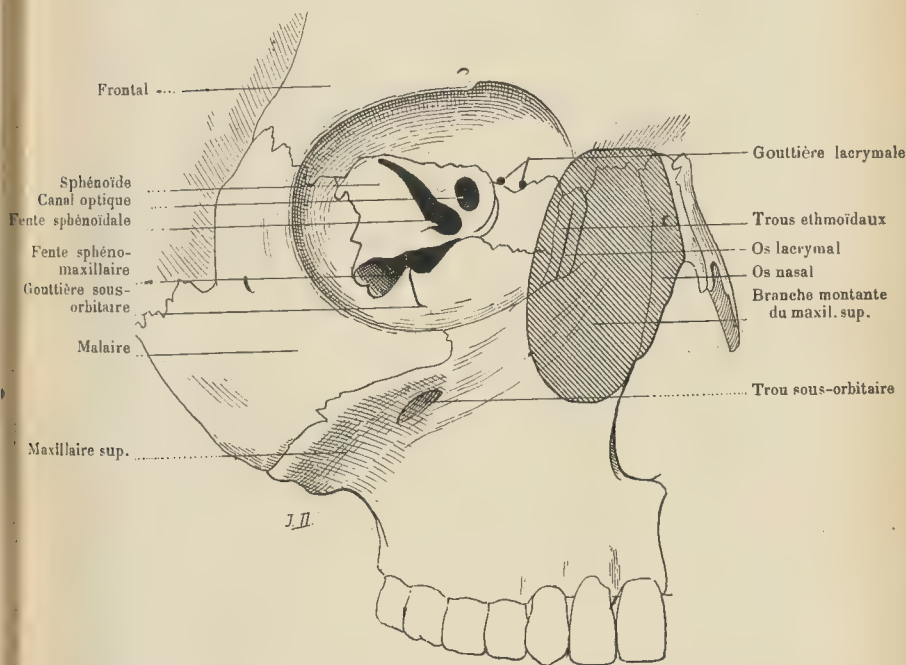


FIG. 2. — La figure montre ombrée la surface d'attaque du squelette osseux comme voie d'accès aux cavités ethmoïdo-sphénoïdales. — Le chirurgien entame d'abord la branche du maxillaire supérieur, et, si la brèche est insuffisante, il mord, à la pince-gouge, en dedans l'os propre du nez, en dehors, l'os inguis, puis l'os planum, en haut le frontal.

scrire le nez par une incision et à mobiliser cet appendice après section de son squelette en le faisant tourner autour d'un pédicule cutané qui sert de charnière. Suivant le procédé, l'organe est relevé en haut (Ollier) ou par en bas (Laurens) soit sur le côté (Chassaignac), soit fendu en deux (les deux valves étant réclinées de chaque côté comme deux volets, Verneuil).

La voie nasale antérieure était celle que nous avons suivie jusqu'ici. Elle présente le défaut d'offrir une cicatrice visible et

disgracieuse, provoque une déformation plus apparente que les autres procédés, et donne lieu, pendant la section osseuse du nez quelque rapide qu'elle soit à des hémorragies extrêmement abondantes lorsque les masses polypeuses ont envahi les fosses nasales.

c) *Voie latéro-nasale (Moure et Sébilleau)*. — C'est le procédé de choix, il comprend les temps suivants :

1° *Incision cutanée*. Celle-ci est menée dans le sillon nasogénien depuis l'angle interne de l'œil jusqu'au milieu de la lèvre supérieure sous la sous-cloison.

2° *Rugination et mobilisation des bords de la plaie*.

3° *Résection à la pince gouge de l'échancrure nasale*, de la branche montante du maxillaire et de l'os propre du nez.

4° *Ouverture de la fosse nasale* après incision de la muqueuse. Si le chirurgien trouve que le jour manque il peut s'en donner davantage. Il résèque alors les cornets et si cela ne suffit pas la paroi interne du sinus maxillaire. Cette résection est faite avec la pince de Luc.

5° *Extirpation de la tumeur*. Le fibrome est saisi avec une pince : l'opérateur tire à lui en tordant. Dès que la tumeur est enlevée il cherche si tous les tissus néoplasiques sont supprimés, et il assure l'hémostase par la compression ou le thermo. Ce dernier procédé a l'avantage de donner un jour plus grand que la voie nasale antérieure et surtout de laisser une cicatrice peu visible. En effet, Sébilleau a démontré que, à la face, on peut tailler impunément le squelette dans les creux, à condition de respecter toujours les saillies ; après la cicatrisation la peau vient couvrir et dissimuler les brèches osseuses, sans qu'aucune dépression ne soit apparente. Voici les trois observations personnelles de malades que nous avons opérés à peu près simultanément.

OBSERVATION I. — O., Yvonne, 17 ans, domestique.

La malade, un peu nerveuse, a eu quelques attaques de nerfs étant toute jeune. Réglée à 13 ans 1/2, elle n'a eu jusqu'ici d'autre maladie qu'une névralgie intercostale, sans éruption, qui débuta il y a 2 ans et dura deux mois.

C'est à la même époque qu'elle commence à respirer difficilement par le nez ; surtout par la narine gauche. Cette gêne s'est notablement accrue depuis un mois : un écoulement séreux se fait de temps en temps par la narine gauche et la malade se plaint de céphalée intermittente.

C'est une fille robuste, un peu pâle et qui se prête avec la plus parfaite docilité à tous les examens nécessaires.

Par la rhinoscopie antérieure, on aperçoit au-dessus de la saillie

du cornet inférieur, très profondément, une petite masse muriforme, de couleur rosée qui atteint au dedans la cloison sans lui adhérer.

La rhinoscopie postérieure montre que la face postérieure du pharynx est libre. La tumeur, sessile, s'implante sur l'apophyse ptérygoïde du côté gauche.

Par le toucher pharyngien, on sent très nettement la tumeur obstruant la choane du côté gauche. Elle est dure, immobile sur sa base. Elle saigne un peu après l'exploration.

On tente d'anesthésier la malade par les piqûres intra-musculaires d'éther, mais sans succès¹. On donne du chloroforme.

Le 3 mai, une incision est conduite du premier coup jusqu'à l'os dans le sillon naso-génien depuis l'angle interne de l'œil jusqu'au niveau de la sous-cloison, contournant la narine, je rugine et rabats le lambeau interne, refoulant le périoste et la peau, mettant à nu la branche montante du maxillaire, les os propres du nez, l'unguis. Je fais sauter à la pince gouge toute cette paroi osseuse, je refoule de même en dehors la lèvre externe de l'incision et mettant à nu l'échancre nasale, je l'agrandis en dehors à la pince gouge, sans ouvrir cependant le sinus maxillaire. J'extirpe le cornet inférieur.

Un miroir de Clär projette la lumière dans la petite cavité ainsi ouverte; le polype apparaît dans le fond. Il est facilement morcelé à la pince coupante de Luc. Son point d'implantation est ruginé.

Un tamponnement arrête l'hémorragie: il est maintenu en place et sort par la narine. Suture de la peau.

Suites opératoires très simples. On enlève le tamponnement le 6 mai et on fait plusieurs fois par jour des lavages à l'eau boricuée. Les fils sont enlevés le 6^e jour.

Vous pouvez voir sur la jeune malade que je vous présente le résultat esthétique. Cette jeune fille a une physionomie d'un certain caractère. Je me serais reproché de la défigurer. Le Seigneur dans sa prévoyante sagesse a fait tant de femmes laides que c'est notre devoir de conserver précieusement le maigre patrimoine de beauté qu'il a si parcimonieusement dispensé autour de nous. Vous voyez que la déformation consécutive à l'opération est nulle et que la cicatrice résultant de l'incision est à peine visible.

Quant au résultat fonctionnel, il est aussi satisfaisant que possible. Alors que la malade respirait la bouche ouverte, ainsi que vous pourrez le voir sur cette photographie, elle n'éprouve aujourd'hui aucune gêne à respirer par le nez. L'air passe avec facilité par la narine gauche comme par la narine droite.

OBS. II. — M^{me} Raymonde V., 26 ans, consulte le Dr Marquand pour de l'obstruction nasale complète à gauche et partielle à droite. L'état général est médiocrement bon, mais il faut dire que sa santé a toujours été précaire. Rien n'est à relever dans ses antécédents

1. Voir la relation de cette tentative, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 14 mai 1912.

familiaux ou personnels. Elle a été réglée tardivement et incomplètement. Elle a eu trois enfants, tous venus avant terme et morts à la naissance.

La rhinoscopie antérieure montre des cornets moyens et inférieurs rouges, congestifs et au contact de la cloison. La narine gauche est



FIG. 3. — Malade de l'observation I.
Avant l'opération (côté à opérer).

oblitérée ; à droite une certaine perméabilité persiste. Adrénaline sur la muqueuse nasale qui se rétracte. On constate :

a) A droite, une tumeur grisâtre, lisse, charnue, située à la base de la cloison et remplissant les $\frac{3}{4}$ de la choane droite ;

b) A gauche, une tumeur de même aspect, mais remplissant toute la choane ;

c) La rhinoscopie postérieure confirme les signes constatés en avant : tumeur grisâtre, lobuleuse, située en avant contre la cloison et laissant libres les faces postérieure, supérieure et latérale du

rhino-pharynx. Malgré l'état précaire du sujet, ou plutôt à cause de cet état même, l'intervention précoce est conseillée.

Opération le 21 mai. Étaient présents les Drs Piédécoq (de Beauvais) et Boignard (de Méru).

1° *Anesthésie locale* à la novocaïne-adréaline, d'après la technique de Munch-Luc¹ :



FIG. 4. — Malade de l'observation I.
Après l'opération (côté opéré).

- a) Injection de 2 cmc. de solution sur le nerf maxillaire supérieur à 5 c/m. de profondeur dans la fosse ptérygo-maxillaire par la voie sous-malaire ;
- b) Injection de 1 cmc. sur le nerf ethmoïdal à 2 c/m. de profondeur en suivant l'angle dièdre supéro-interne de l'orbite ;
- c) Application de cocaïne-adréaline sur la muqueuse de la fosse nasale gauche ;

1. Lire l'excellent travail de Luc à la Société française de laryngologie, Congrès 1912.

d) Injection intra-cutanée le long de la ligne d'incision (voir figures).

Cette dernière injection permet de commencer l'opération 1/4 d'heure après, tandis que l'effet anesthésique de l'injection tronculaire ne se fera sentir que 40 minutes après l'injection.

2° *Section cutanée* de la paroi latéro-nasale suivant la technique de Moure. Le malade n'accuse aucune douleur.

3° *Résection du bord de l'échancrure nasale*, de la branche montante du maxillaire de l'os propre du nez, des cornets de la paroi interne du sinus maxillaire. L'ouverture est ainsi très large.



FIG. 5. — Observation II
(vue de face).



FIG. 6. — Observation II'
(vue de profil).

4° *Extirpation du polype* qui se fait sans difficulté.

5° *L'hémorragie est presque nulle*. Bourrage de la cavité à la gaze.

6° *Suture de la peau*. Celle-ci est rapprochée à l'aide d'une suture intra-dermique pour cacher la cicatrice.

Suites opératoires normales. Le tamponnement est enlevé le 26 mai. La suture a laissé des traces à peine visibles.

Examen histologique de la tumeur dû à l'obligeance de M. Moynier de Villepoix. Stroma conjonctif fibreux avec nombreux vaisseaux au voisinage desquels se rencontrent des amas de cellules embryonnaires, trop peu importants pour permettre de conclure au sarcome. Il s'agit très vraisemblablement d'un polype fibreux. Remarquons que l'examen macroscopique et microscopique sont tout à fait d'accord.

Obs. III. — G., Eugène, 48 ans.

Cet homme se plaint depuis plus de vingt ans de ne pouvoir respi-

rer par la narine gauche. Il y a 4 à 5 ans, un spécialiste consulté par lui a constaté la présence d'une masse obstruant la fosse nasale gauche, mais n'a pas jugé une intervention chirurgicale nécessaire.

Il entre une première fois au mois d'août 1911 à l'Hôtel-Dieu pour y être opéré.

A cette époque, on constate que l'orifice de la narine gauche est dilaté par un polype saillant au dehors, obstruant la fosse nasale et rendant tout examen de la cavité impossible; l'aile du nez et toute sa face latérale gauche sont soulevées par la tumeur. La partie visible de la tumeur est d'un rouge violacé: sa consistance est assez ferme.

Le 25 août, mon chef de clinique, M. Caraven, pratique l'extirpation sur la narine.

Deux écarteurs de Farabeuf étant placés l'un en dedans, l'autre en dehors, on peut introduire le long de la paroi supérieure de la fosse nasale une curette face connexe en haut. Quand elle est engagée à fond, un mouvement de bascule du manche vers le haut abaisse la curette qui cueille une masse polypeuse énorme renfermant un cornet: hémorragie, tamponnement.

En examinant la pièce on se rend compte que son point d'implantation est sur l'ethmoïde et que c'est un prolongement de la masse qui, développée vers la fosse nasale, faisait saillie au dehors.

Le tamponnement est enlevé le lendemain. Lavages quotidiens à l'eau oxygénée diluée. Le malade sort au bout de quelques jours, respirant facilement par les deux narines.

Il rentre le 22 mai 1912. Il raconte que sa première opération n'a été, dans les premiers temps, suivie d'aucune hémorragie, qu'il respirait facilement, mais que cette amélioration n'a duré que trois mois.

Puis, la déformation de la narine gauche a reparu. Elle s'est dilatée, l'aile du nez, toute sa face latérale gauche se sont peu à peu distendues sous la poussée de la tumeur qui proliférait à nouveau. Des hémorragies abondantes, répétées se font par la narine droite.

A l'entrée de la narine gauche une masse rougeâtre, fongueuse fait saillie.

Le malade a la coloration jaune paille des cachectiques: il déclare que depuis quelques semaines surtout, il est épuisé par la fréquence et l'abondance de ses hémorragies.

Le 24 mai, on pratique l'extirpation de la masse polypeuse, aucun



FIG. 7. — Polype fibromuqueux à long pédicule inséré dans la région sphénoïdale.
(Observation II.)

examen complémentaire n'étant possible en raison de la facilité avec laquelle les hémorragies se reproduisent au moindre contact ; on a pu, toutefois, se rendre compte que la fosse nasale droite est libre et que les hémorragies qui se font de ce côté ont leur source dans la tumeur qui occupe le rhino-pharynx et obstrue la fosse nasale gauche.

Anesthésie locale à la novocaïne-adréraline.

Avant tout, on fait superficiellement dans la peau des régions où l'aiguille sera tout à l'heure enfoncée profondément une injection de quelques gouttes de la solution novocaïne-adréraline.

Puis, sur le point de croisement des deux lignes, l'une verticale prolongeant en bas l'apophyse orbitaire externe, l'autre horizontale passant par la limite inférieure de l'os malaire, on pousse l'aiguille en haut et en arrière, perpendiculairement à la surface de la peau, à 4 cm. de profondeur : là on injecte $1\frac{1}{2}$ cmc. de la solution : puis à 5 cm. de profondeur 1 cmc. Cette technique réalise l'anesthésie du nerf maxillaire supérieur.

Au niveau de l'angle droit supéro-interne de l'orbite, à 2 cm. $1\frac{1}{2}$ de profondeur, injection de 1 cmc. sur le nerf ethmoïdal.

Enfin sur tout le trajet que doit parcourir l'incision tégumentaire, on fait une injection intra-dermique de 1 cmc.

Au bout de 25 minutes, le malade accuse encore la sensation de contact sur la région que doit parcourir le bistouri. On commence néanmoins l'opération.

Pour en finir de suite avec cette question d'anesthésie, je dirai qu'à aucun moment de l'intervention le malade ne s'est plaint, ni débattu, mais qu'ayant été interrogé à plusieurs reprises, il a déclaré que l'opération était douloureuse. Je dois dire encore qu'il s'agit d'un sujet particulièrement résistant à la douleur et qui a subi sans se plaindre et sans être anesthésié, sa première opération.

Incision de Moure. — On rugine et rejette le nez en dedans. La tumeur apparaît sous forme d'une masse végétante : on rugine et récline la peau des régions jugale et malaire et on résèque à la pince gouge l'apophyse montante, l'os propre du nez, l'unguis, la paroi interne du sinus qu'on ouvre et dont on abaisse les parois. On jette rapidement au dehors à coups de curette, toute la masse fongueuse qui envahit la fosse nasale et la cavité du sinus. On éclaire la région à l'aide du miroir de Clar. On reconnaît alors son point d'implantation qui correspond à la voûte des fosses nasales : lame criblée de l'ethmoïde ou face antérieure du corps du sphénoïde : on rugine doucement cette paroi supérieure, on poursuit des prolongements qui s'étalaient jusque derrière la choane du côté droit sans avoir cependant contracté d'adhérence avec elle. Un tamponnement arrête l'hémorragie. Lorsqu'on l'enlève, la lumière projetée par le miroir fouille aisément la grande cavité créée par les résections osseuses. Profondément, dans le pharynx, apparaît une masse volumineuse, grosse comme une noix qu'on saisit avec une pince. On l'arrache. Quelques minutes de tamponnement achèvent définitivement l'hémostase.

Toute cette intervention a été conduite avec la plus grande aisance, au grand jour, à ciel ouvert, la vue ayant toujours contrôlé chacun des temps successifs qui se sont succédé fort méthodiquement.

A la fin de l'opération, la fosse nasale, les sinus sont réduits à une vaste cavité dont toutes les parois sont visibles, et ne présentent ni aspérité ni anfractuosité : le pharynx peut être facilement éclairé dans sa profondeur. Tout est net; les points d'implantation des tumeurs ont été ruginés.

La peau est suturée sans qu'il soit même nécessaire de tamponner la région pour assurer l'hémostase. Un peu de gaze est simplement chiffonnée dans la fosse nasale gauche après reconstitution du nez par la suture.

Les fils furent enlevés le 6^e jour. Le malade sortait le 8^e jour de l'Hôtel-Dieu, respirant facilement par les deux fosses nasales.

Je vous le présente aujourd'hui, 12 jours après son opération : vous voyez que le résultat esthétique est aussi satisfaisant que possible. La cicatrice est déjà à peine visible et sous le voile complaisamment tendu de la peau, complice muet de nos délabrements, le bilan des pertes considérables subies par le squelette de la face, demeure à tout jamais fort heureusement dissimulé.

Examen histologique. — L'examen histologique de la tumeur enlevée au dernier malade fut confié à M. Caraven.

Cette tumeur comprend deux parties d'apparence fort distincte ; la masse antérieure qui comblait la fosse nasale gauche, est végétante, rosée, friable ; la masse postérieure qui faisait saillie dans le cavum est sphéroïde, massive, compacte, du volume d'une petite prune ; c'est cette dernière qui a été extraite tout à fait à la fin de l'intervention, grâce au grand jour qu'avait donné le curettage complet de la fosse nasale. C'est elle que M. Peugniez avait considérée comme pouvant être un polype naso-pharyngien ; l'aspect extérieur rendait cette interprétation possible ; mais l'examen histologique a montré que les deux parties de la masse totale ne différaient que macroscopiquement ; et qu'en réalité elles étaient toutes deux les prolongements d'un épithélioma de la muqueuse respiratoire de la fosse nasale gauche.

a) *Masse antérieure.*

Sa structure est celle des épithéliomas papillaires (fig. 8). Par endroits on retrouve encore quelques vestiges de la muqueuse respiratoire saine, avec son épithélium polyédrique stratifié, à cils vibratiles, et sa basale épaisse. La figure 2 représente précisément une coupe pratiquée à la limite de l'épithélioma et de l'épithélium normal. La couche des cellules basales, à noyau arrondi, est la première à disparaître ; les cellules plus superficielles, à noyau ovale, disparaissent moins brusquement et elles forment sur la saillie du tissu épithéliomateux un revêtement bien reconnaissable sur une longueur d'un huitième de millimètre. A mesure que cette couche

devient moins nette la bande claire qui limite l'épithélium respiratoire, constituée par les corps cellulaires très allongés des cellules les plus superficielles, diminue de hauteur progressivement et finale-

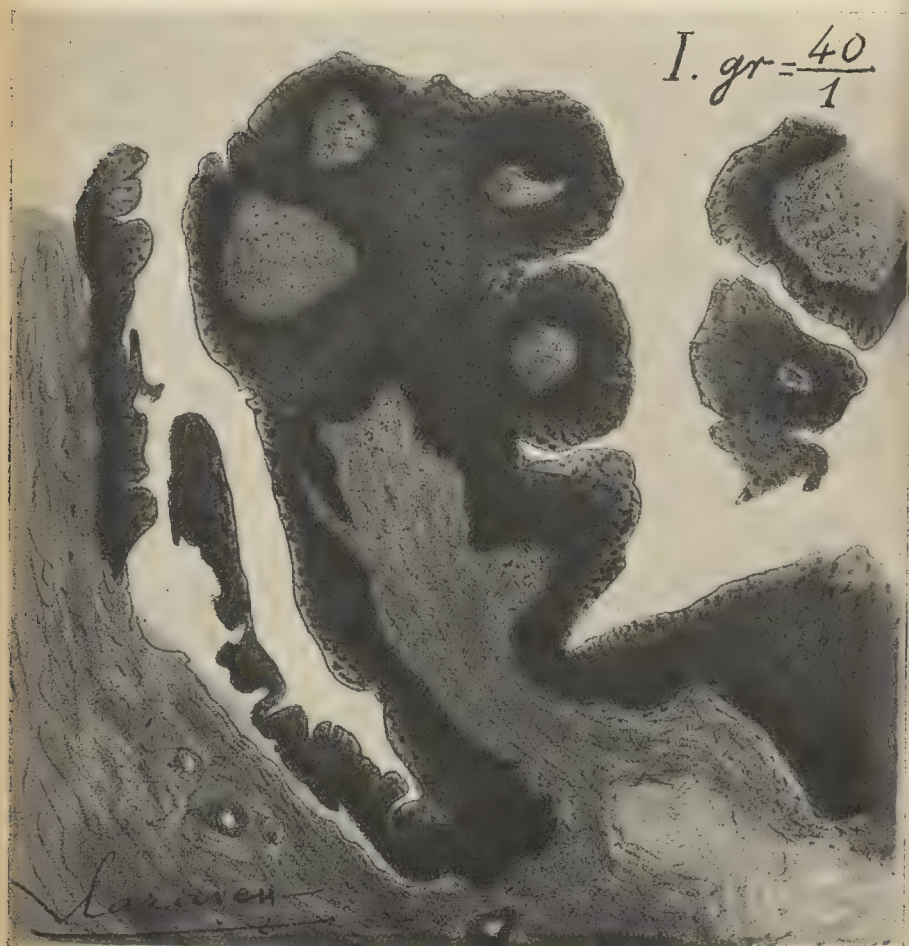


FIG. 8. — Coupe de la tumeur (partie antérieure), montrant bien son aspect végétant.

ment disparaît. Les cils disparaissent au même niveau. La basale épaisse, vivement teintée par le Van Giesen, disparaît en même temps que les cellules profondes et aussitôt les cellules épithéliomateuses infiltrant légèrement le chorion.

Les végétations papillaires, qui donnent à la tumeur son aspect bien spécial, sont constituées par un revêtement épithéliomateux et une charpente conjonctive. Le tissu épithélial est extrêmement épais, avec des cellules à noyaux arrondis ou ovalaires suivant les points, parfois globuleux, énormes, inégalement colorés, contenant des figures

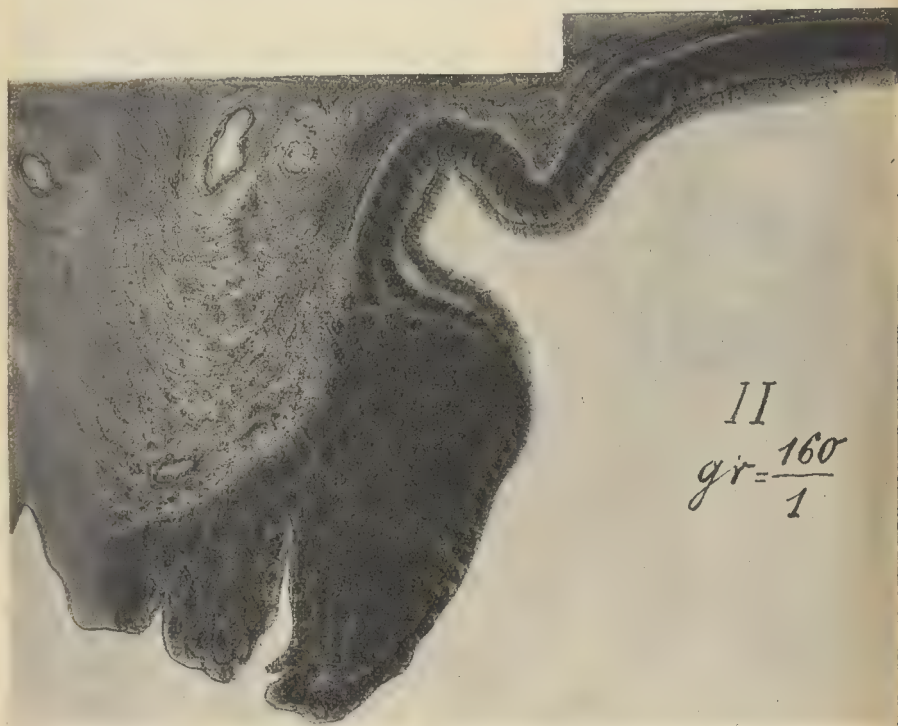


FIG. 9. — Coupe de la tumeur à la jonction de l'épithélioma et de la muqueuse respiratoire normale.

pseudo-parasitaires ; souvent dans les couches profondes, la désorientation cellulaire est des plus nettes ; en plusieurs points la basale est rompue, la limite entre le tissu épithélial et le tissu conjonctif imprécise, l'infiltration du derme est à son début.

L'axe des végétations est constitué par du tissu conjonctif légèrement infiltré de cellules embryonnaires au voisinage de la couche épithéliomateuse. Ce tissu est d'une façon générale peu dense ; les fibres de collagène enchevêtrées irrégulièrement sont très déliées ; dans les points où le tissu est le plus serré, elles forment des faisceaux ondulés rapprochés, mais la fibre de collagène reste toujours

très fine. Par places les fibrilles sont étirées, déchiquetées, extrêmement tenues, elles forment un tissu à larges mailles infiltré d'œdème, identique à celui des polypes nasaux. Sur la coupe transversale de certaines végétations on reconnaît dans l'axe une artériole, une veinule, et un volumineux lymphatique bourré de polynucléaires.

b) *Masse postérieure.*

La tumeur sphérique qui a été extraite du cavum à la fin de l'intervention est constituée par un stroma conjonctif un peu plus dense, au sein duquel sont infiltrés des boyaux épithéliomateux extrêmement nombreux, souvent presque confluent; l'aspect est identique à celui de certains épithéliomas tubulés du col de l'utérus. Au centre des boyaux les plus gros l'évolution malpighienne est nette et elle aboutit parfois à la production de globes muqueux.

D'après les données histologiques que je viens de vous indiquer je pense qu'on peut reconstituer ainsi l'évolution de la maladie : dès le début il s'est agi d'un papillome implanté sur la partie basse des fosses nasales, sur la muqueuse respiratoire ; au voisinage de ce papillome la muqueuse nasale enflammée est devenue le siège d'une infiltration œdémateuse ; celle-ci a abouti à la formation de polypes, implantés spécialement sur le cornet moyen, et que j'ai enlevés l'an dernier. Mais déjà la dégénérescence épithéliomateuse existait probablement ; elle était à son début ; j'avais été frappé par l'aspect végétant, tout spécial, d'une partie de la masse enlevée ; je désirais l'examiner, elle fut égarée par l'élève chargé de la transporter au laboratoire. Quoi qu'il en soit la fosse nasale devint libre pendant quelques semaines, mais la récurrence survint sous forme d'un véritable épithélioma.

Je désirerais dire deux mots seulement à propos du *traitement* de ces tumeurs. J'ai aidé M. Peugniez dans ses deux opérations. Le jour était excellent et l'intervention a été dans les deux cas des plus satisfaisantes.

L'opération de Moure était parfaitement indiquée pour le dernier malade, dont les masses végétantes avaient envahi toute la fosse nasale ; elle seule permet d'aborder la partie *antéro-supérieure* de cette cavité. En cours de route l'opérateur a été obligé de la compléter, pour se donner plus de jour, à mesure que son évidement devenait plus postérieur ; il a réséqué la partie *latérale* de l'échancrure nasale et abattu la paroi interne du sinus maxillaire. Tout cela est parfait.

Mais dans le cas de la jeune fille opérée par M. Peugniez, c'est-à-dire lorsque la tumeur occupe la partie toute postérieure de la fosse nasale et une partie du cavum, *on n'a nullement besoin de jour derrière les os propres ; la partie la plus élevée et la plus*

antérieure des fosses nasales est libre; on n'a pas à intervenir sur elle et l'opération de Moure n'est pas indispensable.

Jean-Louis Faure m'a appris, lorsque j'étais son externe, en 1902, qu'il suffit pour aborder très largement ces tumeurs nasopharyngées, de réséquer seulement la partie latérale *basse* de l'échancrure nasale, d'abattre la paroi interne du sinus, et, si besoin en est, un segment postérieur de la cloison.

En d'autres termes, je crois que *l'opération de Moure* est l'opération de choix pour les tumeurs malignes des fosses nasales, tandis que les tumeurs naso-pharyngées sont justiciables de *l'opération de J.-L. Faure*.

Un fait m'a frappé en examinant tout à l'heure ces trois opérés : ils ont une cicatrice transversale sur la lèvre supérieure, au-dessous de l'ouverture narinaire ; je pense qu'il faut éviter cette cicatrice et cela en suivant très exactement le sillon de la narine et en ouvrant celle-ci au lieu de la récliner avec, adhérent à elle, un liseré appartenant à la lèvre supérieure.

LA TUBERCULOSE ET LA DIPHTÉRIE COMME AFFECTIONS SIMULTANÉES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE¹.

Par **R. IMHOFER** (de Prague).

[Traduction par R.-J. POUGET, d'Angoulême.]

On comprend aisément que deux affections totalement différentes puissent produire simultanément dans un même organe des lésions profondes et dangereuses. Cela semble même si évident à priori, que notre littérature médicale est très pauvre d'observations de ce genre. Aussi, considérée seulement au point de vue clinique, l'observation qui va suivre serait de la dernière banalité, si les recherches anatomopathologiques et bactériologiques n'étaient venues lui donner un intérêt particulier.

Notre malade ne séjourna que deux jours à l'hôpital. C'est là la cause de la pauvreté des renseignements cliniques.

L. R. . . , ouvrier, 41 ans, marié, entre le 3 mai dans le service du Professeur Pribam ; il dit tousser depuis environ 6 semaines, alors que sa voix est enrôlée depuis 4 semaines seulement. Il a maigri ces temps-ci, a peu d'appétit.

Auparavant, santé excellente ; sa femme et ses enfants sont bien portants. Je signalerai ici, que malgré tous mes efforts, je n'ai pu ajouter que très peu de choses à ces brefs antécédents. J'appris toutefois que le malade séjourna du 20 avril au 2 mai dans un autre hôpital pour une laryngo-trachéite tuberculeuse. D'autre part, les recherches effectuées par le Pragerstadtphysikat établirent que ni dans l'atelier du malade, ni dans sa maison, ni dans le voisinage, on n'avait observé un seul cas de diphtérie.

A l'entrée du malade dans le service on trouva de la sténose respiratoire, une température de 39°5. L'auscultation de la poitrine ne décela rien de spécial. L'examen laryngoscopique pratiqué par le Dr Fleischner de la clinique otologique montra de la rougeur et de l'œdème de la muqueuse laryngée, lésions qui ne semblaient nullement se rapporter à un état aigu, de plus les cartilages aryténoïdes étaient peu mobiles. Dans la région sous-glottique, exactement au-dessous des cordes, apparaissait une tumeur livide, irrégulière, rétrécissant concentriquement la lumière trachéale.

1. Travail de l'Institut d'anatomie pathologique de l'université allemande de Prague. Directeur : Professeur A. GHON.

Comme la dyspnée augmentait, le malade fut transféré le 4 mai dans le service de chirurgie où on pratiqua la trachéotomie le soir même. Lors de la mise en place de la canule, beaucoup de pus et de mucosités s'évacuèrent. Le 5 mai on trouve à l'auscultation des poumons nombreux râles bronchiques ; à droite et en arrière au-dessous de l'omoplate, on entend un souffle ; signe de compression, diminution du murmure vésiculaire, expectoration abondante. Le même jour le malade mourut, sans que les signes cliniques présentassent rien de bien spécial.

Du protocole de l'autopsie qui fut pratiquée par le Dr Luksch nous relevâmes les notes suivantes concernant le larynx et la trachée :

Cou. — De longueur moyenne : sur la ligne médiane se voit une plaie de 3 cm. de longueur dont l'extrémité supérieure loge une canule à trachéotomie.

Langue. — Colorée en brun dans sa moitié antérieure ; la base est libre de tout enduit saburral ; les follicules ont la grosseur de pois.

Amygdales. — Petites et saines à l'œil nu. La *luette*, le *palais mou* et la *paroi postérieure du pharynx* sont de coloration *pâle, livide*, mais sans lésion notable, il en est de même des *sinus piriformes*, et de l'*œsophage*. Les *replis aryténo-épiglottiques* sont œdématisés, le droit surtout. L'*épiglotte*, dans sa moitié supérieure, est luisante et lisse ; dans sa moitié inférieure, par contre, elle est recouverte d'une fausse membrane pâteuse, de couleur jaune gris, assez adhérente et se prolongeant en bas sur tout le larynx, à un tel point que les cordes et les bandes ventriculaires ne sont plus reconnaissables et que les sinus de Morgagni semblent complètement obstrués. On retrouve cet enduit sur les deux *apophyses vocales* et dans la région *interaryténoïdienne*. Il se prolonge au delà du larynx, dans la *trachée* dont il tapisse presque complètement la moitié supérieure, se prolongeant en bas sur la face postérieure sous la forme d'une large bande et sur la face antérieure sous la forme d'un mince enduit fuselé. La bronche principale droite est presque complètement remplie par un enduit analogue. Dans la moitié inférieure de la trachée, la muqueuse à nu par endroits se montre en ces points rouges, et traversée par de petites nodosités, gris jaune, très nombreuses, à peine perceptibles.

Poumons adhérents aux sommets, et en ces points traversés de tubercules minuscules avec tissu calleux. Le reste du poumon présente des tubercules miliaires très nombreux et de la même grosseur. Les *ganglions bronchiques* sont volumineux et caséifiés. Dans la portion inférieure de l'iléon sont des ulcérations irrégulières, étendues avec dans la profondeur de petits tubercules. La rate est augmentée de volume et traversée par des tubercules miliaires ou plus ou moins gros. Le reste des organes de l'abdomen ne présente rien qui nous intéresse.

Sur des frottis du *larynx*, on trouve des bacilles en amas, en forme de massues et prenant le Gram.

L'*examen histologique* du larynx et de la trachée donnent les résultats suivants :

1° *L'épiglotte* dans sa moitié supérieure est normale ; son bord libre est intact.

2° *Une coupe frontale intéressant les cordes vocales, les fausses cordes et les ventricules de Morgagni* montre un enduit épais de 1 mm. et demi, déjà visible à l'œil nu, composé d'une fine charpente, luisante, avec de nombreux leucocytes dans les mailles. Une préparation colorée au *Gram-Weigert*, montre un nombre considérable de bacilles de la diphtérie typiques groupés en amas de volumes différents dans les couches superficielles de l'enduit déjà signalé. L'épithélium fait défaut partout et les sinus de Morgagni sont complètement obturés par la néoformation, si bien que cordes vocales et bandes ventriculaires présentent un épaissement énorme, continu, en forme de bourrelet. La tunique muqueuse est élargie et infiltrée par l'inflammation. Dans les parties infiltrées, les lymphocytes et les plasmazellen prédominent. Ça et là, se trouvent des infiltrats mal limités avec leurs éléments cellulaires en voie de destruction. Ces infiltrats avoisinent les glandes. La membrane exsudative semble soudée à la muqueuse. Au-dessous de la corde vocale, l'exsudat cesse subitement et on retrouve là de petites régions recouvertes de l'épithélium superficiel. Au-dessous de celui-ci, on trouve de gros infiltrats avec cellules en voie de destruction et dans ces derniers *une masse considérable de bacilles de Koch*. On en trouve également dans les infiltrats en voie de destruction, dans les fausses cordes, les cordes vocales, mais pas dans la fausse membrane. Dans les coupes colorées au soudan, on trouve de très petits noyaux soudanophiles, par exemple *dans l'intérieur des cellules de la pseudomembrane* et surtout dans les parties de la muqueuse en contact immédiat avec la pseudomembrane. La musculature de la corde vocale montre avec le soudan en assez grande abondance le « pigment d'usure » correspondant à l'âge de l'individu, pigment que j'ai déjà décrit¹. A part cela pas de changement de ce côté.

3° *Une coupe de la trachée* pratiquée exactement au-dessous du larynx, montre sur les faces latérales et antérieure l'épithélium en grande partie conservé mais souvent transformé en épithélium pavimenteux stratifié ou en épithélium cylindrique dépourvu de cils. Au niveau des régions envahies par la fausse membrane, l'épithélium manque et on trouve ici, séparée de la région sous-jacente, une épaisse couche d'exsudat composée soit d'un fin réseau, soit d'une charpente grossière, homogène, contenant de nombreux leucocytes. La muqueuse est ici fortement épaissie, infiltrée, et presque uniformément traversée de tubercules classiques. On trouve encore dans la tunique fibreuse des tubercules de différentes grosseurs, miliaires ou conglomérés. Ces modifications se retrouvent maintenant à travers toute la trachée. Par endroits la couche d'exsudat paraît un peu soulevée et là on trouve un reste d'épithélium bourré de leucocytes au point que ses contours paraissent effacés. On peut cependant voir qu'il s'agit ici encore d'un épithélium du type plat. Parfois l'infiltration atteint le périchondre, mais celui-ci est resté

intact, de même que le cartilage. Entre l'infiltrat se trouvent des tubercules épithélioïdes, ou bien des tubercules à cellules rondes avec cellules géantes ; ils sont en partie conglomérés.

Dans les préparations colorées par le *Gram-Weigert*, on trouve à la superficie de la fausse membrane de nombreux cocci en chaînettes prenant le gram et des amas de bacilles de Loeffler. Les préparations colorées par le *Ziehl-Neelsen* et celles colorées simultanément par les deux méthodes précédentes montrent des bacilles acido-résistants du type du bacille de Koch. On ne les trouve pas seulement dans les points à transformation tuberculeuse évidente, mais aussi dans toutes les parties de la fausse membrane, aussi bien dans les couches superficielles où ils alternent avec les bacilles de Loeffler colorés en violet foncé.

La membrane de l'exsudat contient surtout des leucocytes dans sa trame ; dans une seule coupe intéressant la paroi postérieure du larynx on trouve des érythrocytes. Dans quelques rares préparations cette membrane se colore par la méthode de Wiegert pour la fibrine ; elle paraît en conséquence contenir peu de fibrine et semblerait surtout résulter de la nécrose de coagulation spéciale à la diphthérie.

Les glandes de la tunique muqueuse sont entourées par l'infiltrat ; elles sont parfois conservées dans leur forme, parfois comprimées, rarement complètement détruites.

Dans un des fragments excisés pour l'examen histologique, se trouvait une faible paroi de la trachée située immédiatement à côté de tubercules lymphatiques prétrachéaux et qui, à la périphérie de sa face trachéale, montrait des tubercules conglomérés évidents. Cette lésion se répétait sans grandes modifications dans les coupes de la trachée pratiquées à différentes hauteurs.

4° La *bronche principale gauche* est dépourvue de fausse membrane au microscope. Sur les coupes, elles ne montre aucune modification pathologique, si ce n'est l'infiltration de mononucléés et de plasmazellen autour des glandes.

5° Des deux amygdales, la gauche est normale ; par contre, la droite montre des tubercules miliaires ou conglomérés. Ils siègent juste au-dessous de l'épithélium, au voisinage de quelques lacunes, la plupart sont caséifiés ou ulcérés. Dans une série de préparations colorées au *Ziehl-Neelsen* on ne put démontrer aucun bacille de Koch, ni dans l'amygdale droite, ni dans l'amygdale gauche. On ne put pas davantage trouver de bacille de Loeffler avec les colorations au *Gram-Weigert*, *Loeffler* et bleu de méthylène boraté.

Ce cas nous a suggéré les réflexions suivantes :

1° D'où est partie l'infection ?

2° Quelle est la corrélation anatomopathologique qui unit les deux affections en présence ?

3° Comment fut influencée la marche de la maladie par les deux affections simultanées ?

1° Il semble résulter de l'histoire de la maladie, ainsi que des recherches entreprises, que, selon toute vraisemblance, il n'y ait pas eu infection directe par un malade atteint déjà de diphtérie. La femme et les enfants de notre malade étaient absolument sains, et ni à l'atelier, ni à la maison d'habitation, ni même à l'hôpital où le malade séjourna la semaine qui précéda l'invasion de la diphtérie on ne relève un seul cas d'infection loefflérienne. Puisqu'il ne saurait en conséquence s'agir non plus d'une contagion par des objets divers, il nous faut penser ici que nous nous sommes trouvé en présence d'un « porteur de bacilles ». Ce n'est pas chose nouvelle, surtout pour ce qui concerne la diphtérie. Je renvoie à ce sujet aux publications de Neisser et Kahnert², Jessen³, Schilling⁴. Nous aurions donc tort de rejeter l'idée que cet homme hébergeait depuis un temps inconnu des bacilles de Loeffler, qui trouvèrent bientôt au niveau des lésions tuberculeuses un excellent terrain pour leur développement. Cette conception est d'ailleurs confirmée par les recherches histologiques. En effet la tuberculose que nous trouvons ici est une *tuberculose récente*. Si nous trouvons déjà des tubercules conglomérés, de la caséification, il n'y a pas de lésions profondes de la muqueuse, le périchondre, les cartilages sont intacts, les acini glandulaires ne sont point détruits. Ce ne sont point d'un autre côté les renseignements cliniques qui viennent contredire ces trouvailles histologiques : le malade ne dit-il pas être enrôlé depuis 4 semaines seulement ? Sur ces lésions tuberculeuses une diphtérie toute récente, vieille de quelques jours à peine, s'est greffée. On ne trouve la diphtérie que là où l'on trouve la tuberculose. Les amygdales, *siège de prédilection de la diphtérie, montrent seulement des lésions tuberculeuses sans qu'on puisse y reconnaître la moindre signature du bacille de Loeffler*. Nous devons admettre, en conséquence, que la diphtérie s'est propagée de bas en haut et que, lorsque survint la mort, elle n'avait pas encore franchi le larynx. Cette conception de la propagation des lésions est appuyée par ce fait que dans les parties basses de la trachée, la fausse membrane est presque arrachée çà et là et semble flotter dans la lumière trachéale, alors que plus haut, sur les cordes vocales, elle est solidement adhérente, formant avec la muqueuse sous-jacente un tout inséparable. Nous avons trouvé associé également le streptococcus pyogenes, qui s'est montré sur certaines coupes en telle abondance qu'il importe de ne point l'oublier dans l'explication pathogénique de notre cas. Je n'insisterai pas sur le rôle bien connu que joue dans la diphtérie l'infection streptococcique secondaire.

2° Le microscope nous montre que les deux processus en présence ne se sont nullement influencés réciproquement. Ni la fausse membrane, ni l'exsudat tuberculeux ne différaient de leur aspect ordinaire. La diphtérie s'attaquait aux parties superficielles de la muqueuse, la tuberculose s'attaquait aux parties plus profondes. La musculature des cordes, le périchondre, le cartilage restaient entièrement intacts. Les glandes montraient peu de chargements, ce qui, d'après mes recherches sur la tuberculose du larynx, n'a rien d'anormal. Un fait assez digne de remarque cependant, est la découverte de bacilles de Koch dans la membrane diphtérique, fait que j'ai pu constater en plusieurs points.

Je crois qu'il faut voir là un simple englobement tout à fait passif des bacilles de Koch par l'exsudat sécrété : les bacilles jouant donc ici le rôle de corps étrangers. Ceci d'ailleurs me semble déduit des résultats fournis par la coloration au soudan. Les cellules de l'exsudat montraient parfois, comme nous l'avons signalé, de petits noyaux soudanophiles, que l'on retrouve communément au cours des processus inflammatoires. Beneni⁵, pour la diphtérie de l'homme, a démontré la présence de leucocytes soudanophiles, dans le sang ; il les considère comme dus à l'action des toxines sur les leucocytes. Nous remarquerons en passant que la présence du « pigment d'usure », normal et correspondant à l'âge du malade, trouvé dans la musculature des cordes vocales, est en complet accord avec une de mes communications antérieures⁴ sur la résistance de ce pigment aux processus destructifs.

3° Je crois devoir faire remarquer ici que l'évolution clinique extraordinairement rapide de l'affection diphtérique doit être attribuée à la présence simultanée des lésions tuberculeuses. La diphtérie de l'adulte, et en particulier la diphtérie du larynx, est bien moins grave que la diphtérie infantile. O. Chiari⁶ s'exprime ainsi à son sujet : « La diphtérie de l'adulte n'entraîne presque jamais une *dyspnée importante*, car le larynx et la trachée sont plus larges que chez l'enfant et moins aptes à produire des œdèmes sérieux. On ne trouve pas ici de stridor laryngien. Mais l'adulte peut lui aussi succomber quand les lésions se propagent aux ramifications bronchiques ou aux poumons, ou bien quand l'affection revêt une allure septique. »

Mais parmi les nombreux facteurs qui peuvent assombrir le pronostic de la diphtérie, l'observation que nous venons de signaler nous permet de relever la tuberculose. Le bacille de Loeffler trouvera là un *locus minoris resistentiæ*, et les deux affections en présence pourront amener la production de fausses membranes

si étendues, que, malgré la largeur du larynx de l'adulte, les accès de suffocation pourront dominer le tableau clinique comme ce fut le cas dans l'observation que nous venons de rapporter.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. IMHOFFER. Über das Abnützungspigment in der Muskulatur der Stimmbänder. Zeitsch. f. Laryngol. Bd. V. H. 3.
 2. NEISSER UND KAHNERT. Über eine Gruppe klinisch und aetiologisch zusammengehöriger Fälle von chronischer Erkrankung der oberen Luftwege. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1900, n° 33.
 3. JESSEN. Über prolongirte Diphtherie. Centralblatt für innere Medicin, 1897, n° 19.
 4. R. SCHILLING. Zur bacteriologischen Diagnostik des Rhinoskleroms (Diphtheriebacillen bei Rhinosklerom). Archiv f. Laryngologie, Bd. 17.
 5. BENENI. Sulla presenza dei leucociti sudanofili nell' infezione difterica. Rivista di clinica pediatrica. Dezember 1909. Ref. Centralblatt f. Laryngologie, 1910, Seite 231.
 6. O. CHIARI. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre, 1905, Seite 270.
-

LE TRAITEMENT DE LA DYSPHAGIE DANS LA LARYNGITE TUBERCULEUSE

Par **COMBIER** (du Creusot).

Parmi les nombreux moyens thérapeutiques proposés contre un des symptômes, le plus pénible, de la laryngite tuberculeuse, la dysphagie, il en est un qui, actuellement, semble rallier bien des suffrages, et sur lequel la thèse de notre collègue et ami Paul Boncour a récemment attiré l'attention : c'est le traitement par les injections anesthésiques dans le territoire du nerf laryngé supérieur. Pour notre part, nous l'avons déjà employé avec succès plus de trente fois, soit au cours de notre dernière année d'internat, soit depuis en clientèle, et son efficacité dans la plupart des cas, en même temps que sa facilité d'exécution, à la portée de tout médecin, nous le feront adopter de préférence à un autre.

Que la tuberculose laryngée évolue ou non de concert avec une tuberculose pulmonaire, il y a toujours grand intérêt à enrayer la dysphagie, quand elle survient, car elle est la source de douleurs intenses pour le malade, qui arrive parfois à ne plus pouvoir avaler même sa salive, et qui, dans la crainte de les voir apparaître, restreint de plus en plus son alimentation, alors qu'il serait si utile pour lui, de lutter par son état général, contre l'envahissement de son larynx et de son poumon. Evidemment, le traitement opératoire peut dans certains cas avoir un heureux effet, mais ils doivent être sélectionnés. Pour être efficace, il doit s'adresser, comme l'ont fait remarquer Luc et Escat, aux sujets ayant gardé un bon état général et des sommets pulmonaires peu atteints, et ne présentant que des lésions limitées de la cavité laryngée et on le réalise par le procédé galvanocaustique de Mermod plus simple, plus complet et moins mutilant que le procédé sanglant à l'aide de pinces coupantes, à condition qu'on en espace les séances, s'il y a plusieurs foyers à détruire. Pour tous les autres cas, quand les malades viennent consulter, lorsqu'ils sont déjà très affaiblis et très atteints de leurs poumons, le traitement opératoire n'est plus que palliatif : c'est à la trachéotomie qu'il faudrait avoir recours pour calmer la dyspnée ou mettre l'organe au repos, comme le proposait Moritz Schmidt dès 1880, mais elle est difficilement acceptée : c'est la destruction sanglante ou galvanique des infiltrats ou des ulcérations qu'il faut proposer pour lutter contre la dysphagie.

Ce n'est certes pas une guérison qu'on peut escompter, à cause des lésions pulmonaires avancées, mais on peut au moins diminuer les souffrances atroces du malade. Or, en dehors de ce traitement opératoire, réservé seulement au chirurgien habitué aux opérations endolaryngées, pour ces malades, tuberculeux du larynx et du poumon, déjà très affaiblis et anémiés, toutes les autres méthodes classiques sont à cet égard sans effet.

Les aspirations de poudres, les badigeonnages, les inhalations ou pulvérisations n'ont qu'une action nulle ou éphémère, tant à cause de l'absorption difficile des substances analgésiantes au niveau de tissus enflammés et infiltrés jusqu'au squelette cartilagineux, qu'à cause de l'accoutumance des malades.

La radiothérapie, par voie externe, dont nos amis Ménard et Poyet ont relaté l'action thérapeutique dans la tuberculose du larynx à la Société parisienne d'oto-laryngologie en février 1910, paraît bien avoir une heureuse influence, sur la dysphagie seulement, encore que cette action sédative ne soit pas élucidée : mais si elle est d'un emploi facile entre les mains de radiologistes exercés, elle ne saurait être à la portée de la plupart des praticiens.

Il en est de même pour les injections sous-muqueuses, soit de cocaïne comme l'ont fait Hering et Garel, soit de novocaïne comme l'a tenté Spiess en 1908. Outre que ces injections demandent un médecin exercé à la pratique du miroir, elles doivent être assez abondantes pour pouvoir diffuser largement dans un tissu enflammé, ce qui n'est pas sans inconvénients pour la cocaïne, à cause de sa toxicité, et surtout leur effet est de courte durée.

L'anesthésie régionale du tronc du laryngé supérieur, au contraire, en même temps qu'elle est d'exécution plus facile, paraît plus efficace dans ses résultats : le nerf laryngé supérieur étant exclusivement sensitif par sa branche interne, il est logique d'en supprimer les terminaisons au niveau de la muqueuse laryngée, comme dans la névralgie faciale, au niveau des trois branches du trijumeau. Or, ce nerf est facile à atteindre, quand il arrive au contact de la membrane thyro-hyoïdienne pour la perforer.

On peut en effet arriver dans le plan du nerf de deux façons différentes :

a) *par voie latérale*, en s'inspirant de la méthode de Braun et de Frey à l'aide d'une aiguille droite, comme le fait Hoffmann, ou à l'aide d'une aiguille courbe, comme l'ont proposé Chevrier et Cauzard. C'est la technique que nous avons toujours adoptée, quand nous cherchons l'anesthésie régionale, soit pour calmer les douleurs d'une tuberculose laryngée, soit pour effectuer une petite intervention intra-laryngée ; et pour éviter toute complica-

tion, nous nous servons d'une simple aiguille droite ajustée sur une seringue de Pravaz. Le malade est couché, la tête en légère hyperextension, le cou badigeonné à la teinture d'iode : l'index de la main gauche qui refoule le larynx vers le côté où portera l'injection, reconnaît l'espace interthyro-hyoïdien : Frey conseille de piquer, à mi-distance de la grande corne de l'os hyoïde et de l'angle postéro-supérieur du cartilage thyroïde : ordinairement, on réveille en un point une douleur vive ; on pique à ce niveau, toujours plus proche de l'os hyoïde, d'abord perpendiculairement, puis horizontalement d'arrière en avant, traversant les muscles qui résistent un peu, et pénétrant à un peu plus d'un centimètre, jusqu'au contact de la membrane thyro-hyoïdienne ; à ce niveau, il faut que le malade ressente une douleur dans l'oreille, si l'on est arrivé au niveau du nerf ; on s'assure qu'il ne s'écoule pas de sang par l'aiguille, et on pousse alors l'injection analgésiante.

b) *par voie médiane*, comme plus récemment l'a proposé Paul Boncour, qui pique au centre d'une ligne réunissant la pomme d'Adam et la partie convexe de l'os hyoïde, jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne ; à ce moment, changeant la direction de l'aiguille, il l'enfonce en dehors et en arrière, à 1/2 centimètre au-dessus du cartilage thyroïde, toujours au contact de la membrane, jusqu'à ce que le malade ressente une douleur irradiée dans l'oreille correspondante au côté piqué ; il pousse alors l'injection.

Cette technique a évidemment le mérite, comme le fait remarquer Paul Boncour, de permettre une injection bilatérale avec la même piqûre cutanée, en changeant seulement l'orientation de l'aiguille. Mais dans cette manœuvre, on risque de casser l'aiguille, et nous croyons qu'il n'est pas plus douloureux de faire une deuxième piqûre latérale. En tout cas, cette voie médiane ne met pas plus à l'abri d'une blessure des vaisseaux laryngés supérieurs ; il suffit de se rappeler que le paquet vasculaire chemine en arrière et au-dessous du nerf ; il faut donc aborder le nerf par en haut. Et la voie latérale nous semble préférable, puisqu'elle arrive directement au tronc nerveux, tandis que la voie médiane peut n'intéresser que certaines branches du nerf, qui se dissocie souvent avant de perforer la membrane.

Qu'on emploie du reste l'une ou l'autre voie, il suffit de pousser l'injection lentement.

Le danger d'une blessure vasculaire est minime, à condition de se porter en avant de la corne hyoïdienne et de ne pas faire l'injection avant de s'être assuré qu'il ne sort pas de sang par l'aiguille.

Elle n'est pas suivie de phénomènes inquiétants de dyspnée, à condition, bien entendu, de ne pas dépasser la membrane thyro-hyôïdienne.

Mais elle peut être douloureuse, au moins quand passent les premières gouttes, et il peut y avoir un peu d'inflammation consécutive, si on suit la méthode d'Hoffmann qui injecte d'emblée 1 cc. d'alcool à 85°, chauffé à 45°.

On évite, ou au moins on diminue, ces phénomènes réactionnels, en injectant d'abord au contact du nerf 1/2 ou 1 cc. de novocaïne adrénalinée (formule de Reclus), avant de pousser 1 cc. d'alcool absolu du commerce, injecté à la température ordinaire, lentement pour éviter toute distension brusque des tissus, d'ailleurs préparée par l'injection préalable de novocaïne, et en recommandant au malade de ne pas faire de mouvements de déglutition.

On peut faire, de la même façon, l'injection du côté opposé : dans les cas que nous avons eu à traiter, l'injection bilatérale fut faite sans inconvénients dans la même séance.

Il est rare que l'injection soit sans effet, ce qui peut arriver, soit par suite d'une technique défectueuse, soit parce que les lésions étant trop avancées intéressent des territoires juxtalaryngés ne dépendant pas du laryngé supérieur. Pour notre part, nous n'avons constaté qu'un cas où la sensation d'anesthésie ne fût ressentie que d'un seul côté par le malade. Dans tous les autres, et c'est ce qui se passe ordinairement d'après ceux qui l'ont employée, dans les cinq minutes qui suivent la piqure, les malades accusent qu'ils peuvent avaler leur salive sans douleurs.

Cette anesthésie, au moins par les injections d'alcool, car celles de cocaïne ont un effet plus transitoire, persiste en général une dizaine de jours, à moins de lésions trop étendues du larynx : en tout cas, si elle est de plus courte durée, l'innocuité de la méthode permet la répétition des piqures qui seront facilement renouvelées aussitôt en cas d'échec immédiat.

Quelle que soit en tout cas la durée de l'analgésie, elle favorise la reprise de l'alimentation : sans aller jusqu'à admettre avec Spiess que cette anesthésie du larynx a une action directe sur l'évolution de ses lésions inflammatoires, qui seraient d'après lui des manifestations de vaso-dilatation réflexe par irritation des nerfs sensitifs, il n'en est pas moins vrai qu'elle concourt à améliorer l'état général, souvent si précaire du tuberculeux laryngé, amélioration qui peut lui faire escompter une guérison, malheureusement bien aléatoire, à cette période de l'affection.

II. — SÉMÉIOLOGIE

L'EMPLOI DU MONOCORDE A VIBRATIONS LONGITUDINALES POUR DÉTERMINER LA LIMITE SUPÉRIEURE DES SONS¹

Par **J. TOMMASI** (de Lucques).

Actuellement, pour effectuer un examen fonctionnel complet du pouvoir auditif par les voies aérienne et osseuse, il ne faut pas se contenter de déterminer le champ auditif par la série des diapasons aboutissant au fa^1 et à l' ut^3 , on devra s'enquérir du fonctionnement de l'organe pour les sons ultra-musicaux et en déterminer les limites inférieure et supérieure.

Ces recherches ont acquis en clinique une importance qui s'est accrue avec le perfectionnement des appareils. On peut dire que, sauf de rares exceptions, un sujet entendant normalement, perçoit non comme une série de chocs, mais comme un véritable son, l'excitation produite par un corps vibrant qui accomplit 15 v. d. à la seconde. Ainsi la limite inférieure des sons pour un organe auditif normal correspond à la note du diapason qui est précisément l' ut^2 de 16 v. d.

Or, pour déterminer cette limite inférieure, il convient de se servir d'une série de diapasons descendant de l' ut de 64 v. d. à l' ut^2 de 16 v. d. Ces diapasons ne devront pas être trop minces, afin de produire un son d'une certaine intensité ; autrement ils ne sauraient être perçus par une oreille même normale et on pourrait croire à l'abolition de la fonction pour un de ces sons, alors qu'il s'agirait uniquement d'une atténuation de pouvoir fonctionnel².

Si l'entente s'est établie assez facilement pour admettre comme limite inférieure des sons perceptibles un son obtenu par un corps fournissant 16 vibrations doubles à la seconde, on a eu beaucoup de mal à discerner le nombre de vibrations doubles ayant le son le plus aigu, perceptible par l'oreille, pour déterminer la limite supérieure des sons, vu les difficultés éprouvées pour la construction des appareils qui nous fournissent assez exactement le nombre de vibrations nécessaires à la recherche du pouvoir auditif pour les sons suraigus. Si nous avons pu disposer d'un instrument pratique, simple, rendant des sons ayant un chiffre de vibrations toujours évaluables, la

1. Communication lue au Congrès de la Société Ital. d'oto-rhino-lar., Rome, octobre 1911.

2. GRADENIGO. Hörfeld und Hörschärfe (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd 26, p. 163, 1895).

recherche de la limite supérieure des sons, tant pour l'oreille normale, que pour l'organe malade, serait aisée, au grand avantage de la science otologique. C'est de cette vérité qu'ont découlé les recherches dues à d'éminents physiciens et auristes, tels que Savart, Preyer, Raleigh, Edelmann, Stefanini, Schulze, Struycken, Gradenigo, Bezold, Kœnig, Wanner, Wilberg, etc.

Ces auteurs ont imaginé, construit et essayé des appareils et des instruments répondant à ce but, mais leur réalisation étant très coûteuse, et leur emploi compliqué, ils sont peu utilisables dans la pratique.

Quant à la limite supérieure des sons, les expériences effectuées par divers auteurs au moyen de plusieurs appareils, permettent de croire que la limite maxima supérieure des sons doit atteindre de 16.000 à 20.000 v. d. par seconde, c'est-à-dire qu'elle oscille entre l'*ut*⁷ et le *mi*⁷. Au-dessus de cette limite, certains appareils peuvent vibrer, mais ce phénomène ne peut être enregistré que par les moyens physiques, il échappe à notre oreille.

Du reste, la plupart des instruments employés comme sources sonores pour rendre des sons aigus à partir de l'*ut*⁵ ne sont guère pratiques, ils ont leur place dans une clinique, mais non dans un cabinet de médecin. Parmi ces instruments, nous citerons les cylindres de Kœnig, les diapasons d'Appun, les lames vibrantes de Melde et les sifflets de Galton.

On a construit, il y a quelques années, un autre instrument qui utilise les vibrations longitudinales produites par un fil d'acier, c'est le monocorde de Schultze et de Struycken qui a été partiellement modifié par Stefanini.

Si nous passons en revue successivement tous ces appareils, nous voyons que jusqu'ici le plus précis, vu que le nombre des vibrations est facilement évalué et contrôlable à volonté, est le monocorde.

Cylindres de Kœnig.

Pour déterminer la limite supérieure de l'audition, Kœnig fit établir une série de 22 cylindres d'acier qui, à la percussion, rendent les notes de l'échelle diatonique de l'*ut*⁵ à l'*ut*⁸, ainsi le cylindre de grandes dimensions donne 4086 v. d. et progressivement chaque cylindre rend 1000 v. d. en sus du précédent. La vérification du nombre de vibrations obtenues par chaque cylindre s'obtient par les moyens employés communément pour les sons plus aigus.

Le son est obtenu en frappant les cylindres avec un petit marteau d'acier approprié ; ces cylindres sont suspendus par de légers fils d'acier ou par des tubes de caoutchouc qui les revêtent au cinquième de leur éloignement des deux extrémités.

Le son le plus aigu fourni par ces cylindres et facile à percevoir par une oreille normale, atteint en moyenne 16384 v. d., mais l'intensité de production des sons au delà de ce chiffre de vibrations est si faible que l'on n'a pas la certitude qu'ils puissent être perçus par une oreille normale.

Diapasons d'Appun.

Je me bornerai à signaler la méthode d'Appun pour la recherche des sons suraigus ; elle n'embrasse pas une série de sons assez étendue pour nous être utile.

Appun fit construire 3 diapasons : l'un est le c^6 , le second est l' ut^7 et le dernier le sol^9 ; pour les faire vibrer, on les touche avec un archet de violoncelle.

Lames vibrantes de Melde.

En 1898, Melde¹ proposa l'emploi de lames vibrantes pour rendre des sons suraigus. Il se servit de tubes d'acier, dont la partie supérieure est polie, ils ont 12 mm. d'épaisseur et sont pourvus d'un manche vissé au centre de leur partie inférieure sur laquelle on inscrit la valeur de chaque son.

Au cas où ces lames rendraient des sons purs et constants par leur nombre de vibrations, il conviendrait d'en avoir un grand nombre à sa disposition et leur maniement est trop compliqué pour qu'elles puissent être utilisées dans la pratique.

Sifflet de Galton.

Sur les conseils de Bezold, le sifflet de Galton a été perfectionné par Edelmann qui choisit comme type de construction le sifflet de la locomotive. Le son est fourni par les vibrations de l'air qui, sortant du tube conducteur par une fissure circulaire, rencontre à une distance variable et connue, l'orifice circulaire et coupant du tube du sifflet. Le tube étant oblitéré par un cylindre démontable et graduable au moyen d'une vis micrométrique, on peut reconnaître la position que l'on donne au piston en dixièmes et même en millièmes de millimètre, de même que l'on peut contrôler la distance existant entre l'orifice du sifflet et le tube conducteur de l'air qui varie selon que l'on change la vis micrométrique.

Pour déterminer les tons obtenus par l'issue de l'air et dépendant de la longueur du sifflet et de la distance séparant son

1. MELDE. Ueber Stimmlatten als Ersatz für Stimmgabeln zur Erzeugung sehr hohen Töne (*Sitzungsbericht d. Gesellsch. zur Beförderung d. gesamm. Natur. zu Marburg*, n° 41898).

orifice du tube, Edelmann établit une comparaison avec le son produit par la méthode de Desplats ou par un sifflet de dimensions plus grandes.

Edelmann prétend que le son plus aigu perceptible avec son sifflet atteindrait 55.700 v. d. Au contraire, Stumpf et Meyer¹, partant d'un son grave déterminé ayant un chiffre connu de vibrations et montant graduellement, ont remarqué que le son le plus élevé rendu par les sifflets d'Edelmann correspondait au la⁶, c'est-à-dire à 14.000 v. d. et que la hauteur de la note dépendait de l'intensité de la pression exercée sur le petit ballon pour provoquer le son ; ce fait a été contrôlé par Gradenigo et Stefanini.

Schwendt voulut aussi se rendre compte du chiffre des vibrations du son le plus élevé rendu par le sifflet de Galton, et à l'aide des figures de Kundt consistant en lignes coupées de nœuds qui se forment dans les tubes de verre renfermant de la poudre lorsqu'un son se produit sur leurs bords, Schwendt reconnut que la note la plus aiguë correspondait au fa⁷ ou au la⁷, équivalant à 27.361 v. d.

Complétant alors la construction du sifflet de Galton et l'aspect des figures de Kundt, Edelmann² munit chaque sifflet d'une tablette sur laquelle l'observateur pouvait lire le chiffre des vibrations correspondant à la longueur du sifflet et à la distance existant entre les deux embouchures.

Malgré tout, même avec ce modèle nouveau, Schultze confirma les résultats obtenus par Stumpf et Mayer avec les figures de Kundt et l'introduction du tube de Quincke, tant en ce qui concerne le nombre de vibrations pour la note la plus aiguë, que pour affirmer que la hauteur du son dépend de la pression de l'air. En effet, si l'on prend une poire en caoutchouc et que l'on exerce une violente pression avec un sifflet court, le son est perçu au début et à la fin de la compression, alors que l'air exerce une faible pression, tandis qu'une forte pression engendre des vibrations précipitées non perceptibles par l'oreille et qu'il faut mesurer avec des appareils de physique.

Par des expériences appropriées, Stefanini et Gradenigo³

1. STUMPF et MAYER. — I. Schwingungszahlenstimmungen bei sehr hohen Tönen (*Wied. Annalen*, 1897, Bd 61, p. 670, cité par Stefanini in *Centralbl. f. Ohrenh.*). — II. Die Grenzen der Tonwahrnehmung (*Centr. f. Ohr.*, Bd. VIII, h. 6, p. 260).

2. EDELMANN. Fortschritte in der Herstellung der Galtonpfeifen (Grenz-pfeife) (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd. 36, p. 330, 1901).

3. GRADENIGO et STEFANINI. Sur l'acoumétrie. Études et propositions (Comm. au Congrès Intern. d'Otol., Budapest, 1909 : *Arch. Intern. de Lar.*, 1910).

obtinrent, au moyen d'un gazomètre, un souffle d'air par une pression continue ; ces auteurs ont confirmé que le son produit par le sifflet de Galton demeurait immuable, si l'on portait la longueur du tube de 2 mm. 4 à 0,4, tandis que d'après les calculs d'Edelmann la hauteur du son devrait s'élever de 22.097 à 44.193 v. d. De plus, les auteurs ont vérifié que l'intensité de production du son joue un rôle important pour déterminer la limite supérieure des sons.

Persuadé que les chiffres relatifs aux vibrations qu'il assigne aux sons émis par le sifflet étaient exagérés en raison de la violence de la pression requise pour la production du son, Edelmann¹ a de nouveau modifié son appareil. Afin de réduire au minimum la variation de la pression aérienne durant la production du son, il a inséré dans le tube de transmission, entre le ballon de caoutchouc et l'orifice du sifflet, un diaphragme percé d'un trou de 2 mm. de façon que la pression de l'air en traversant cette ouverture ne put varier que de 80 à 100 mm. d'une colonne d'eau et que la pression aérienne requise ne pût dépasser le niveau nécessaire pour obtenir une intonation juste. Enfin l'appareil est muni de leviers spéciaux, qui permettent, en faisant jouer la vis micrométrique du sifflet, que l'on déplace simultanément tant la longueur du sifflet que la distance entre son orifice et le tube conducteur de l'air. A chaque sifflet est annexée une fiche sur laquelle on lit le ton équivalent à toutes les mesures du sifflet et le chiffre des vibrations correspondantes. Edelmann admet que cet appareil peut émettre 24.802 vibrations à la seconde.

Ainsi qu'on le voit, l'auteur a reconnu son erreur, mais reste à savoir si l'artifice employé, consistant à intercepter le courant d'air à l'aide d'un orifice minuscule, suffit à provoquer une pression continue au moyen du ballon de gomme ; il n'est donc pas avéré que la note produite par la compression du ballon, corresponde à celle qui est indiquée sur les fiches. Cet appareil devant fournir des résultats certains, il faut disposer d'un gazomètre ou d'un autre appareil fournissant une pression aérienne continue et on comprend aisément que cette modification ne puisse aider au maniement de cet instrument.

Monocorde pour vibrations longitudinales.

Se souvenant qu'un corps peut vibrer non seulement trans-

1. EDELMANN. Beiträge zur Anatomie u. s. w. des Ohres u. s. w. von Passow u. Schaefer (Bd 3, Mitth. 7 aus den Phys. mechan. Inst. von Prof. Edelmann und Sohn, Munich, 1910).

Arch. de Laryngol., T. XXXIV, N° 2, 1912.

versalement, mais encore dans le sens longitudinal, Schultze¹, pour déterminer la limite supérieure des sons, propose d'utiliser les vibrations longitudinales obtenues au moyen d'un fil d'acier mesurant 70 centimètres de long, tendu et fixé aux deux extrémités d'une tablette de bois et que l'on excite en le frottant avec un morceau de flanelle ou de peau enduit de colophane pulvérisée. On parlait de l'ut⁵. La longueur correspondant à cette note était déterminée par l'observation des figures de Chladni que l'on obtient sur une plaque saupoudrée placée dans le voisinage du monocorde. Cette longueur permet d'en obtenir une autre correspondant à une note quelconque, d'après la loi enseignant que le chiffre des vibrations est inversement proportionné à la longueur de la portion vibrante du fil.

Struycken² a construit un appareil similaire et pour déterminer la hauteur de la note correspondant à une longueur donnée du fil d'acier, il a eu recours au cinématographe qui enregistre simultanément les vibrations transversales d'un diapason et les vibrations longitudinales imprimées par le fil.

Stefanini³ a également fait construire un monocorde ayant une base de bois prismatique mesurant 75 centimètres de long afin que le fil tendu entre les deux montants puisse avoir 64 centim. de longueur, dimension requise pour obtenir une note correspondant à l'ut⁵ avec toutes les variétés de fil d'acier employées. Ensuite, Stefanini étalonne le monocorde au moyen de la résonance, soit à l'aide du diapason ut⁵, soit avec le cylindre de Kœnig qui rend cette note très simplement. Il faut donc poser le cylindre de Kœnig suspendu au fil, ou le diapason, tenu horizontalement auprès du monocorde, puis frotter le fil et au moyen d'une glissière, modifier la longueur de la corde vibrante jusqu'à ce que les vibrations longitudinales du fil cessent d'exciter celles du diapason ou du cylindre, fait qui se vérifiera chaque fois que nous utiliserons notre instrument. La note ut⁵ étant obtenue à l'aide du fil d'acier par une longueur et une tension déterminée, il sera facile, par un calcul, de graduer l'appareil de manière à provoquer des vibrations oscillant de l'ut⁵ de 4096 v. d. au sol⁷ de 24576 v. d. On remarquera que les notes perceptibles pour une oreille normale atteignent une moyenne de 18.000 à 20.000 v. d.

Donc le monocorde est non seulement un instrument simple

1. SCHULTZE. *Zeits. f. Ohrenh.*, 1908, p. 173.

2. STRUYCKEN. *Beitr. zur Anat. des Höres (Zeits f. Ohrenh.*, Bd. 3, p. 407, 1910).

3. STEFANINI. *Arch. Ital. di Otol.*

et peu coûteux, facile à contrôler, mais il est précis en ce que les notes qu'il produit sont assez stables ; le son ne varie guère au delà de $1/8$ ou un demi-ton ; la température exerce peu d'influence, de même que le plus ou moins de tension de la corde par le relâchement de l'écrou.

Les appareils de Struycken et de Stefanini ayant été munis d'un appendice longitudinal, on a pu ainsi étudier la conduction osseuse pour les notes suraiguës en appuyant cet appendice à la mastoïde, examen impossible à faire avec le sifflet de Galton.

Ayant cet instrument à notre disposition, il est facile d'entendre à nos malades des recherches sur les sons suraigus en démontrant les lacunes existantes et la limite supérieure des sons. Il suffit que le malade écoute d'une oreille le son produit en excitant la corde par un frottement avec un tampon d'ouate maintenu entre l'index et le pouce d'une main, imprégné d'alcool ou plutôt de benzine, ou encore avec un petit morceau de flanelle enduit de colophane, en mettant l'arrêt au point signalé par l'*ut*³ (4096 v. d.), en commençant par faire écouter la note la plus grave au malade qui, durant cette épreuve, devra oblitérer son autre oreille. Alors on repoussera l'arrêt vers la partie où se trouve l'appendice et on fixera la corde par une simple pression digitale exercée sur la plaque de l'écrou supportant l'arrêt ou en la fixant avec cet écrou qui s'arrête à chaque division sur laquelle est inscrit le chiffre des doubles vibrations correspondantes. Par ce procédé, on arrive de demi-ton en demi-ton à ce que le malade ne perçoive plus rien en dépit du frottement imprimé à mi-hauteur de la corde tendue. On lit alors transversalement la note inscrite sur le trait de séparation, à l'endroit où se sont arrêtées les vibrations doubles, et ainsi nous voyons que cette note et le nombre de vibrations constituent la limite supérieure pour cette oreille. Dans les formes d'otosclérose accompagnées de lésions labyrinthiques et d'otites catarrhales chroniques associées à des lésions de l'appareil de perception des sons, je me suis rendu compte que l'écart entre la perception du son par la voie aérienne et par la voie osseuse est d'environ une note en moins pour le premier mode d'audition et que le pouvoir auditif pour les sons les plus élevés est fortement réduit plus l'affection est grave vu le rétrécissement du champ auditif.

Dans la pratique, l'emploi du monocorde rendra de grands services, tant pour déterminer la limite supérieure des sons que pour dépister une maladie ou confirmer un diagnostic ; il suffit de s'en servir une fois pour apprécier la valeur de cet instrument au point de vue otologique.

III. — HISTOLOGIE

SUR LA STRUCTURE DE LA CELLULE DE DEITERS

Par **E. VASTICAR** (de Paris).

La structure du segment supérieur de la cellule de Deiters n'est pas facile à préciser, de nombreuses granulations pigmentaires créant, dans la zone inférieure notamment, un milieu complètement opaque qui trouble l'observation. La plupart des auteurs sont cependant d'accord pour reconnaître dans cette région une certaine organisation fibrillaire. Elle proviendrait de l'épanouissement de l'extrémité supérieure du filament de soutien de la cellule de soutènement, auquel ils donnent le nom de filament *principal* par opposition avec le filament *accessoire*, plus long et plus grêle, qui se séparerait du premier pour se terminer par une cuticule découpée en forme de phalange. Pour ces auteurs, le cône de fibrilles ainsi formé aboutirait à une plaque épaisse circonscrivant l'extrémité inférieure de la cellule acoustique.

Je constate bien l'épanouissement en fibrilles de ce filament, mais le mode de terminaison de ces fibrilles me paraît tout autre. Je les vois se terminer sur la partie inférieure d'un corps particulier qui n'est pas une plaque, mais une masse arrondie que les reproductions photographiques ci-contre montrent sous deux de ses aspects.

Sur la photographie (fig. 1) le segment granuleux de la Deiters (*s. g. D.*, fig. 2) a été sectionné de haut en bas. La zone sombre (*z. s.*, fig. 2) représente cette section. La lame du microtome a mis à découvert, à la partie inférieure, un corps ovoïde piriforme, opaque (*c. ov.*, fig. 2). Son pôle inférieur est arrondi. Son pôle supérieur, plus évidé, se termine par un prolongement conique. Son diamètre transversal mesure environ $0^{\text{mm}}0076$, chiffre sensiblement égal à celui du noyau de la cellule acoustique choisi comme élément de comparaison. La longueur de son grand axe est de $0^{\text{mm}}013$ environ, c'est-à-dire à peu près le double du diamètre de ce même noyau. Le corps ovoïde paraît constitué par une membrane homogène très finement granuleuse. Elle est plus faiblement teintée par les colorants que la masse granuleuse pigmentaire de la cellule; mais par suite de son opacité, cette partie de la cellule paraît au contraire plus colorée. En son centre se trouve un point beaucoup plus visible, à contour très indécis et de grosseur variable dont je vais donner plus loin la signification. De son pôle inférieur se détachent un cer-

tain nombre de fibrilles qui se groupent vers le bas, pour former, dans le voisinage du noyau de la cellule de soutien, un faisceau central unique assez robuste qui se poursuit jusqu'à la

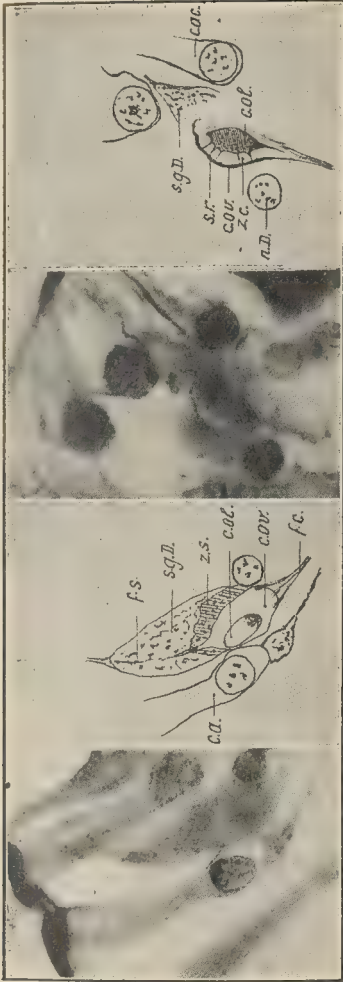


FIG. 1.

FIG. 2.

FIG. 3.

FIG. 4.

FIG. 1. — Photographie : coupe horizontale passant par l'axe du limaçon d'un lapin âgé de 5 mois. Gr. 1110 diam.

FIG. 2. — Dessin explicatif de la figure 1 : *s. g. D.*, segment granuleux pigmentaire de la cellule de Deiters ; *z. s.*, tranche de section de cette substance ; *c. ov.*, corps ovoïde ; *f. c.*, filament de soutien central ; *f. s.*, filament supérieur ; *c. ol.*, corps olivaire vu par transparence ; *c. a.*, cellule acoustique.

FIG. 3. — Photographie : coupe horizontale périphérique du limaçon d'un lapin âgé de 4 mois. Gr. 1110 diam.

FIG. 4. — Dessin explicatif de la figure 3 : *c. ol.*, corps olivaire ; *c. ov.*, membrane d'enveloppe du corps ovoïde ; *z. c.*, zone claire ; *s. r.*, stries rayonnées ; *s. g. D.*, partie supérieure du segment granuleux pigmentaire d'une cellule de Deiters ; *n. D.*, noyau d'une cellule de Deiters ; *c. ac.*, cellule acoustique.

membrane basilaire (*f. c.*, fig. 2). Son pôle supérieur donne naissance à un filament se terminant sur une phalange (*f. s.*, fig. 2). Le corps ovoïde est entièrement recouvert par la masse de protoplasma granuleux pigmentaire de la cellule de Deiters (*g. s.*

D., fig. 2), qui lui constitue un revêtement d'une certaine épaisseur, sauf à la partie supérieure de son bord axial où sa surface reste nue. En cet endroit, la surface du corps ovoïde qui est en rapport de voisinage avec l'extrémité profonde de la cellule acoustique est aplatie. Elle apparaît sous l'aspect d'un champ ovalaire légèrement hexagonal sur des coupes longitudinales de l'organe de Corti où on l'aperçoit de face.

La photographie (fig. 3) montre une coupe du corps ovoïde. Il est creux. Sa cavité est occupée par un corps olivaire en forme de grain d'orge (*c. ol.*, fig. 4). L'hématoxyline à l'alun de chrome lui donne, après fixation à l'acide osmique, une coloration brun rouge assez intense. Sur cette photographie le corps olivaire est visible en entier, le corps ovoïde ayant été sectionné par son milieu. Son petit diamètre mesure 0^{mm}0038; il est moitié moindre que celui du noyau de la cellule auditive qui est de 0^{mm}0076 en moyenne. La longueur de son grand axe est de 0^{mm}0076, c'est-à-dire égal au diamètre de ce noyau. Les deux pôles sont légèrement arrondis. Le pôle inférieur offre de petites surfaces très colorées desquelles se détachent des prolongements fibrillaires qui se poursuivent vers le bas, dans la direction du filament de soutien du corps ovoïde. C'est ce pôle inférieur qui est vu par transparence sur la photographie (fig. 1) sous l'aspect d'un point plus vivement teinté et à contour peu net. Le pôle supérieur laisse voir un point très coloré. Le corps olivaire est entièrement compris dans l'intérieur de la coque du corps ovoïde. Cette coque est formée par une membrane très mince, légèrement mamelonnée, et dont la tranche de section est très colorée (*c. ov.*, fig. 4). Entre ce même revêtement extérieur et le corps olivaire proprement dit existe une zone plus claire (*z. c.*, fig. 4). Elle est d'une épaisseur notable qui équivaut à la moitié du petit diamètre du corps olivaire. Sa coloration est faible. Des stries rayonnées plus colorées traversent cette zone, unissant la paroi interne de l'enveloppe à la surface du corps olivaire (*s. r.*, fig. 4). Leur jonction au corps olivaire se fait au sommet de petits cônes paraissant être des aspérités de la surface de ce corps. Du côté axial, la zone claire paraît faire défaut et le corps olivaire semble appliqué directement contre son enveloppe, ou en être tout au plus très faiblement distant, comme on peut s'en rendre compte sur les deux photographies (fig. 1 et 3), notamment sur cette dernière, ainsi que sur la figure 4 (*c. ol.*), où l'on voit son extrémité supérieure venir au contact de la surface interne de l'enveloppe, qui offre une surface plane en cet endroit.

IV. — PHYSIOLOGIE

CONSIDÉRATIONS SUR LES MENSURATIONS DU THORAX

Emploi d'un Compas et d'un Pantographe nouveaux¹.

Par **M. A. COURTADE** (de Paris).

I

L'importance de la respiration dans les phénomènes vitaux est telle que l'on a, depuis longtemps, cherché à apprécier la vigueur d'un sujet par la quantité d'air qu'il fait pénétrer dans la poitrine à chaque mouvement respiratoire.

Si l'on songe que l'acte respiratoire exige un effort musculaire d'environ 50 kilogrammes, qu'il passe dans les poumons en 24 heures près de 12.000 litres d'air et 20.000 litres de sang on ne saurait s'étonner qu'une pareille fonction, si souvent troublée, ne donne la mesure de l'activité des combustions et de la vigueur d'un individu.

Pour simplifier cette mensuration et à défaut de spiromètre, on s'est borné à prendre le contour du thorax, pensant obtenir, de cette manière une notion exacte sur la capacité pulmonaire.

C'est ainsi que les chirurgiens militaires avaient adopté, comme règle, de n'accepter comme soldat que des jeunes gens dont le périmètre thoracique était égal à la moitié de leur taille plus 1 cm. au moins. Beaucoup de personnes croient encore que cette loi est absolue et qu'elle exprime d'une façon exacte la vigueur, la résistance d'un sujet. Il n'en est rien ; on a remarqué que bien des individus qui remplissaient ces conditions n'en étaient pas moins d'une santé précaire.

Chomel, et bien d'autres praticiens après lui, avait observé que dans la pleurésie avec gros épanchement, la poitrine augmente de volume en s'arrondissant, non par la diminution du diamètre transversal mais par accroissement du diamètre antéro-postérieur. Aussi, avait-il abandonné la notion du périmètre thoracique pour adopter la mensuration des diamètres.

Maurel (de Toulouse)² mentionne aussi le fait qu'un même périmètre peut embrasser des surfaces inégales.

1. Communications à la Soc. des médecins Inspecteurs des Écoles et à la Soc. de l'Élysée (mars et juillet 1911).

2. MAUREL, Manuel de séméiologie technique (1890).

On est tout d'abord surpris de voir qu'une courbe dont le périmètre reste constant peut présenter des surfaces variables, ou autrement dit que la surface n'est pas proportionnelle à la longueur de la périphérie. Voici une singulière surface curviligne ! Il n'en est pas de même de la circonférence dont la longueur croît avec le rayon et la surface avec le carré de ce même rayon.

C'est cette anomalie que j'ai cherché à débrouiller ; on arrive à la démonstration par deux moyens : la méthode géométrique et la méthode expérimentale.

En étudiant les courbes thoraciques trouvées dans diverses publications et obtenues par des procédés différents, j'ai remarqué qu'elles ressemblaient assez à une ellipse pour que l'on puisse en obtenir la reproduction avec le compas ; la différence entre les deux courbes est fort légère comme nous le verrons.

La courbe géométrique et théorique se construit de la façon suivante (fig. 1) : diviser la ligne représentant le diamètre transversal du thorax en trois parties égales par deux points intermédiaires ; tracer, avec ces deux points comme centres, deux circonférences dont le rayon est égal à leur propre distance. Ces circonférences se coupent en deux points ; de ces points comme centres et avec une ouverture de compas égale à la périphérie éloignée des circonférences, décrire de chaque côté une courbe qui leur est tangente ; l'ellipse est complète.

Une pareille courbe ne suit évidemment pas, d'une façon absolue, le contour du thorax, très variable dans sa forme ; mais elle s'en rapproche tant que la discussion des formules de l'ellipse est applicable à la courbe du thorax. En construisant une ellipse sur un diagramme thoracique, obtenu par un procédé quelconque, on constate que la courbe géométrique suit la courbe du thorax dans toute son étendue, sauf en avant et en arrière où se trouvent le sternum et la colonne vertébrale qui sont légèrement en retrait. Sur la fig. 1 nous avons représenté en pointillé la ligne que suivent approximativement chacune de ces régions.

Il y a lieu, du reste, de faire remarquer que ces régions antérieure et postérieure correspondent aux médiastins, occupées par des organes autres que les poumons, ce qui atténue l'erreur provenant de la différence des deux courbes.

Les données géométriques concernant l'ellipse sont donc applicables au périmètre et à la surface de section du thorax.

On sait que l'ellipse est une courbe symétrique dont la somme des distances aux deux foyers est égale pour chacun des points de son pourtour ; au point de vue pratique on peut dire que c'est un cercle que l'on aplatit suivant l'un de ses diamètres.

Elle présente donc deux diamètres, perpendiculaires l'un à l'autre qui sont inégaux : l'un est le grand axe, l'autre le petit axe.

L'ellipse théorique type est l'ellipse du jardinier ; les autres, construites avec le compas et qui s'en rapprochent plus ou moins, ne sont point des ellipses, d'une façon absolue, mais des ovals qui, du reste, en diffèrent très peu.

Le nombre des ellipses qu'on peut tracer, avec un même périmètre, est indéfini.

Les géomètres n'ont pas encore trouvé, comme pour la circonférence, une formule exacte donnant le périmètre et la surface

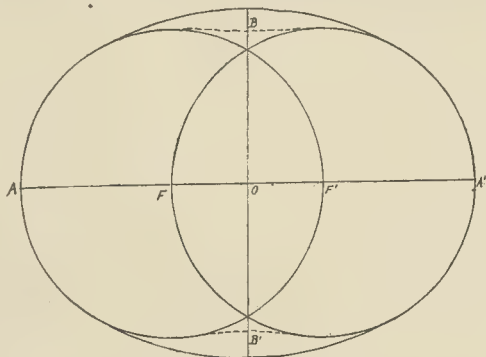


FIG. 1. — Construction de l'ellipse théorique représentant d'une façon approximative la forme du thorax ; les lignes pointillées indiquent le tracé du thorax en avant et en arrière.

de l'ellipse en fonction de la longueur de ses axes ou de la distance des foyers.

En pratique, on se sert d'une formule qui représente une circonférence tracée avec un rayon égal à la moitié de la somme des deux demi-axes.

Le contour d'un cercle est représenté par la formule $2\pi R$ et celui de l'ellipse par $2\pi \left(\frac{R+r}{2} \right)$ en désignant la moitié du grand axe par R et la moitié du petit axe par r .

En discutant cette formule $\frac{R+r}{2}$ on voit que, si la somme $R+r$ est constante, on peut faire varier la valeur des termes sans que le résultat final soit changé. Ainsi, en supposant que la somme $R+r$ soit égale à 10, on pourra faire des ellipses avec $R=9$ et $r=1$; $R=8$ et $r=2$; $R=7$ et $r=3$, etc. ; comme

la somme est toujours égale à 10, la formule $2\pi \frac{R+r}{2}$ donnera, pour ces courbes pourtant si différentes de forme, le même périmètre.

Quant à la surface de l'ellipse, le résultat sera tout différent ; on sait que la surface d'un cercle est égale au carré du rayon multiplié par la constante π : πR^2 ; celle de l'ellipse deviendra donc $\pi (Rr)$; dans cette formule la valeur respective des deux facteurs R, r joue un grand rôle dans le résultat final.

En supposant que la somme $R + r$ soit égale à 10, comme dans l'exemple précédent, l'arithmétique démontre que la multiplication d'un facteur par l'autre donne un produit maximum quand ces deux facteurs sont égaux. Ainsi $9 \times 1 = 9$; $8 \times 2 = 16$; $7 \times 3 = 21$; $6 \times 4 = 24$ et $5 \times 5 = 25$; mais ce dernier terme représente une courbe dont les deux axes ont la même longueur, c'est-à-dire un cercle et non une ellipse.

Il est donc rationnel de conclure que plus les rayons R, r de l'ellipse se rapprocheront comme valeur et plus la formule $\pi (Rr)$ donnera un produit élevé ; ce produit sera maximum quand l'ellipse atteindra presque la forme d'un cercle.

On peut encore démontrer d'une façon expérimentale que plus l'ellipse est aplatie et moins sa surface est grande. Pour cela, on n'a qu'à lier ensemble les deux extrémités d'un ressort d'acier ; la lame prend très approximativement la forme d'un cercle (voir fig. 2). On applique le cercle ainsi formé sur un papier quadrillé en centimètres carrés ; avec un crayon on prend le contour du cercle, puis le saisissant suivant l'un des diamètres on l'aplatit légèrement et on prend de nouveau le contour ; on peut ainsi tracer une série indéfinie d'ellipses ayant le même périmètre. Si on compte le nombre de carrés compris dans chacune des courbes on constate qu'il diminue à mesure que l'ellipse devient plus plate.

Dans une de nos expériences nous avons constaté que le cercle d'acier avait une surface de 8986 millimètres carrés ; à mesure qu'on l'aplatit, la surface des ellipses successives descend à 8464, 7864, 7160, quoique le périmètre reste constant.

Cette méthode, empruntée aux architectes, avait déjà été employée par Fourmentin, par Maurel qui donne une semblable démonstration de l'inégalité des surfaces pour un même périmètre.

Ces considérations mathématiques et expérimentales expliquent donc pourquoi la notion du périmètre n'exprime pas d'une façon exacte la surface de section du thorax ; elles montrent qu'un

périmètre normal comme longueur peut coïncider avec une surface de section trop faible et par conséquent avec une capacité pulmonaire insuffisante.

On peut en déduire que de deux périmètres thoraciques égaux la surface de section sera plus grande chez celui dont le diamètre antéro-postérieur sera le plus élevé ; donc, pour le même contour, plus un thorax est aplati et moins sa surface est grande.

C'est pour cela que l'on tient davantage compte, qu'on ne le faisait autrefois, de la valeur relative des deux diamètres trans-

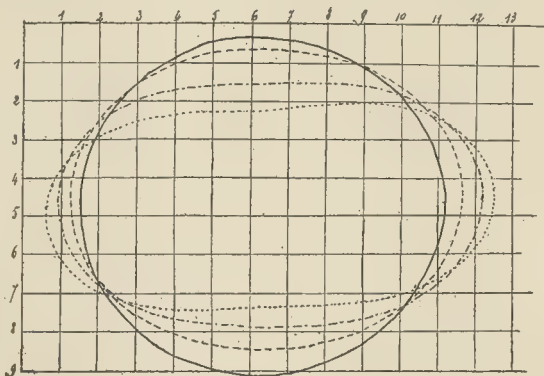


FIG. 2. — Surfaces embrassées par un même cercle d'acier de plus en plus comprimé suivant l'un de ses diamètres.

versal et antéro-postérieur du thorax pour apprécier la capacité pulmonaire.

Dans une thèse inspirée par Broca père, Fourmentin, en 1874, a mesuré un certain nombre de thorax et divisant la longueur du diamètre transversal, multiplié par 100 par la longueur du diamètre antéro-postérieur il a obtenu un quotient qui est

$$\text{l'indice thoracique} : \frac{Dtr \times 100}{Dap}$$

Weisgerber, en 1879, reprend cette question et constate que le quotient de cette formule est de 140 chez les individus robustes, c'est-à-dire que le diamètre transverse est égal au diamètre antéro-postérieur plus $\frac{4}{10}$ de celui-ci.

Dans cette formule il y a une certaine anomalie ; c'est que plus le chiffre est élevé et moins la surface de section est grande et par conséquent moins la capacité pulmonaire est grande.

Dans la formule de Godin, qui n'est que la précédente renversée, $\frac{Dap \times 100}{Dtr}$ il n'en est pas ainsi ; le quotient 140 de la

formule de Fourmentin correspond à 71 de la formule Godin. Dans cette dernière, plus le chiffre est bas et plus le thorax est aplati et par conséquent moins est grande la capacité pulmonaire.

Au lieu de se rappeler ces chiffres absolus, ce qui est difficile quand on n'a pas l'occasion de s'en servir fréquemment, il suffit de retenir que si on représente par 2 la longueur du diamètre antéro-postérieur, le diamètre transversal ne devra pas atteindre 3 si le sujet est robuste, car en appliquant ces chiffres à la première formule on obtiendrait le quotient 150 au lieu de 140 qui est l'indice d'un sujet bien constitué.

Woillez, dont l'appréciation était peut-être trop sévère, n'avait trouvé que 41 sujets sur 197 dont la poitrine fût bien conformationnée; il avait constaté que la forme de la cage thoracique se modifie suivant l'âge, la profession et que le type normal se rencontre surtout de 15 à 30 ans (L. Fleury).

Il est encore d'autres formules pour apprécier la vigueur d'un sujet, formules dans lesquelles on fait aussi intervenir le poids, la taille.

Le *coefficient de vitalité*, de certaines compagnies d'assurances, a pour formule le poids multiplié par le périmètre thoracique et divisé par la taille.

$$\frac{P \times \text{Pér. thor.}}{T}$$

Un médecin militaire, M. Pignet a eu recours à une autre formule pour juger la robustesse des conscrits : à la somme du poids, exprimé en kilogrammes, et du périmètre évalué en centimètres, il retranche la taille comptée aussi en centimètres :

$$T - (Po + Per.)$$

Plus le reste de cette soustraction est faible et plus l'individu est vigoureux. Quand le reste atteint de 20 à 25 la constitution est bonne, de 30 à 35 l'individu est faible et au-dessus de 35 le sujet doit être réformé car il est très faible.

Le *coefficient de robusticité* de Mayet de Lyon est exprimé par la formule :

$$\text{Poids} = \frac{\text{Taille} \times \text{Périm. thorac.}}{240}$$

Il est à peine besoin de faire remarquer que ces formules ne traduisent que l'état actuel d'un sujet et ne préjugent rien de l'avenir quand celui-ci est encore jeune; tout le monde connaît des jeunes gens réformés pour insuffisance de tour de poitrine et qui sont devenus ultérieurement des sujets très robustes.

Il est encore un mode d'évaluation de la ventilation pulmo-

naire qui peut avoir une certaine importance, aussi bien au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique, c'est la mesure de l'augmentation des diamètres du thorax pendant la respiration normale ou forcée; c'est dans ce but que nous avons fait construire le compas thoracique; le moindre déplacement du thorax fait tourner une aiguille sur un cadran qui marque les millimètres d'ampliation.

II

COMPAS THORACIQUE A CADRAN MULTIPLICATEUR.

La cage thoracique, en raison de ses fonctions, présente une variabilité incessante dans ses dimensions.

Ainsi, le périmètre thoracique peut varier de 7 centimètres, après une inspiration profonde, suivie d'une expiration forcée; c'est le chiffre moyen obtenu par Frœlich par l'examen de 725 conscrits.

De plus, le périmètre à la hauteur de l'appendice xyphoïde est de 6 centimètres plus court que le périmètre pris juste au-dessous des omoplates et des mamelons (Guttmann).

Le diamètre sterno-vertébral a, en moyenne 17 centimètres au niveau de la partie supérieure du thorax et 19 centimètres dans les parties moyenne et inférieure; le diamètre transversal peut varier de 25 à 28 centimètres suivant les individus.

Le mouvement incessant dont est animé le thorax rend la mensuration des diamètres assez délicate; si le sujet arrête un instant sa respiration, il le fait tantôt après une inspiration, tantôt après une expiration, d'où une différence notable dans les résultats et les appréciations physiologiques qu'on en peut tirer.

Ces quelques données montrent l'intérêt qu'il y a à désigner la région du thorax qui a été mesurée et à quel temps de la respiration l'opération a été faite.

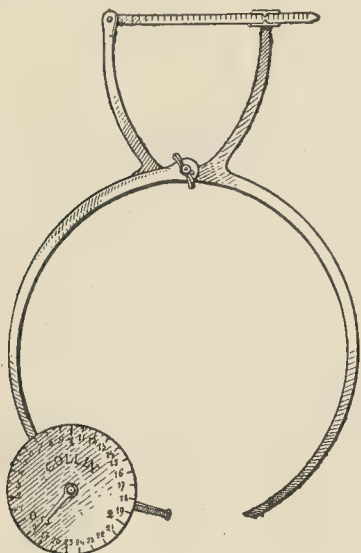
L'étude de l'ampliation thoracique par augmentation de ses diamètres n'est pas moins importante au point de vue physiologique et pathologique.

On sait que lorsque l'élasticité pulmonaire est amoindrie par une cause pathologique, le côté correspondant du thorax se dilate moins que l'autre dans l'inspiration profonde.

Si la lésion est limitée à une partie d'un ou des poumons, comme dans la tuberculose pulmonaire, cette région se dilate moins qu'à l'état normal pendant l'inspiration ou même ne se dilate point.

Pour faire ces diverses études fonctionnelles, j'ai fait construire un compas, qui se compose de deux parties aisément séparables. Le compas proprement dit est un compas ordinaire à branches courbes portant du côté opposé à ses pointes une réglette divisée en centimètres ; l'écartement peut aller jusqu'à 33 centimètres, ce qui est suffisant pour mesurer les thorax les plus développés.

Pour suivre l'ampliation des diamètres thoraciques on monte à l'aide d'une vis, à l'une des extrémités du compas, un boîtier



Compas thoracique
à cadran multiplicateur.

contenant le mécanisme amplificateur, et portant un cadran mobile autour de son axe.

Une tige pourvue d'un bouton et retenue par un ressort fait saillie hors du boîtier ; sous l'influence des mouvements thoraciques ce curseur est repoussé et son mouvement fait tourner une aiguille autour du cadran, qui porte des divisions indiquant le nombre de millimètres dont ce curseur a été refoulé ; pendant l'expiration, le curseur revient à son point de départ et se trouve repoussé à nouveau par l'inspiration suivante.

L'application de ce compas se comprend facilement ; la pointe nue étant, par exemple, appliquée sur la colonne verté-

brale, l'autre, munie du curseur, est appuyée sur le sternum, jusqu'à contact intime ; on fait tourner le cadran jusqu'à ce que le 0 soit en regard de l'aiguille ; il ne reste plus qu'à lire le nombre de divisions, qui correspondent à autant de millimètres, que parcourt l'aiguille dans une série de respirations normales ou forcées.

On peut, avec cet instrument, étudier ainsi l'ampliation des diamètres en un point déterminé de la cage thoracique : comparaison de l'ampliation des sommets suspects entre eux ou avec la respiration thoracique inférieure ; comparaison d'un poumon avec l'autre dans les cas de pleurésie, de pneumonie, etc. ; on peut aussi apprécier la valeur des divers types respiratoires : costal supérieur, costal inférieur et abdominal.

Comme la respiration est modifiée par l'action volontaire, il sera prudent de faire fermer les yeux au sujet examiné pour que celui-ci ne soit pas tenté de faire tourner un peu plus l'aiguille en faisant une inspiration anormale. Si l'on veut étudier, au contraire le maximum d'ampliation (inspiration et expiration forcées), il n'y a pas d'inconvénient à lui laisser voir le déplacement de l'aiguille pour qu'il soit stimulé à faire mieux au mouvement respiratoire suivant.

Les chiffres obtenus sont inscrits à mesure qu'ils apparaissent à chaque mouvement respiratoire ; on peut alors prendre une moyenne pour être sûr de l'exactitude du résultat.

Un complément utile, sinon indispensable, de ces recherches c'est le tracé du contour thoracique du sujet examiné ; ce tracé constitue un document qu'on peut étudier au point de vue de la forme, des dimensions et surtout qu'on peut comparer, dans les cas pathologiques avec un autre tracé pris à une époque différente chez le même sujet.

Comme nous ne connaissons pas d'instrument pratique, sauf les cyrtomètres, pour obtenir ce résultat, nous avons imaginé un pantographe qui peut fournir une reproduction de la section du thorax en grandeur naturelle.

III

PANTOGRAPHE POUR PRENDRE LE CONTOUR DU THORAX.

Il y a, parfois, un grand intérêt à prendre le contour du thorax pour en étudier soit le fonctionnement physiologique, soit les déformations ou le développement progressif chez un même sujet.

Plusieurs instruments ont été imaginés pour cet objet : le cyrtomètre de Woillez, de Nielly, le stéthographe de Maurel, la lame de plomb, le thoracomètre de Demeny avec lesquels on prend le contour d'une moitié du thorax puis on les couche sur une feuille de papier afin de tracer avec un crayon la courbe qu'ils ont prise.

Un autre thoracomètre, celui de Dufestel, trace le contour d'une façon continue, mais c'est un instrument de haute précision, dont le prix élevé, 1.100 à 1.200 francs en fait un instrument de laboratoire et un *noli me tangere* pour le praticien ordinaire qui n'a à prendre un tracé thoracique que d'une façon accidentelle.

Il est un autre instrument plus modeste qui permet aussi de

prendre un tracé d'une façon continue, c'est celui de Fourmentin que l'auteur a baptisé du nom de *conformateur graphique et réducteur*.

C'est une sorte de pantographe en bois dont le crayon trace sur le papier les sinuosités suivies par l'extrémité d'une autre branche de l'appareil.

Comme l'indique son nom il est réducteur des dimensions et le dessin n'est que le quart de la grandeur naturelle de l'objet, ce qui est un défaut quand les dimensions du thorax ne sont pas élevées comme chez les enfants ; des diamètres de 20 et 14 cent. sont représentés par des lignes de 5 et de 3 c. 5 seulement.

Après avoir étudié l'instrument de Fourmentin, j'ai reconnu qu'il ne pouvait être modifié de façon à lui faire reproduire un dessin grandeur naturelle : l'agrandissement des leviers ou des axes n'aurait aucun résultat ; c'est le principe géométrique sur lequel est basé l'appareil qui s'oppose à ce perfectionnement.

J'ai cherché, à mon tour, un instrument qui pût reproduire le dessin grandeur naturelle ou réduit à la fraction que l'on désire ; après de nombreux essais et tâtonnements empiriques, j'ai fini par trouver la formule géométrique et arithmétique qui règle la longueur des branches et la position des divers axes de rotation. Pour ceux qui ne sont pas au courant de ces difficultés, j'ajouterai qu'une erreur de quelques millimètres dans la position du centre de rotation ou dans la longueur des leviers suffit pour que l'image soit tout à fait différente, comme forme et dimensions, de l'objet à reproduire ; ainsi une circonférence sera transformée en une ellipse plus ou moins allongée.

J'ai laissé à mon instrument le nom *pantographe* qui est connu depuis 1615, époque où M. de Marolais inventa le premier appareil qui permit de reproduire un dessin à des grandeurs variables.

Le pantographe ordinaire, du dessinateur, qu'on trouve chez tous les marchands d'articles pour dessin, a la forme d'un M dont les jambages extrêmes, un peu inclinés, se prolongeraient jusqu'à leur point de réunion ; on obtient ainsi la forme d'un losange dont les 4 angles sont articulés et dont 2 branches partant du même sommet sont deux fois plus longues que les branches intermédiaires. Une de ces branches longue est fixée à la table par une pointe, mais de manière qu'elle puisse tourner facilement autour de cet axe ; l'autre branche longue porte à son extrémité un crayon ; si avec une pointe mousse, fixée à l'angle médian de l'M, on suit le contour d'un dessin, le crayon suivra les mêmes contours mais grandis deux fois.

Si on change la longueur de deux des côtés du losange en fixant

les branches intermédiaires en des points déterminés à l'avance, on obtient des reproductions 3, 4, 6 ou 8 fois plus grandes que le dessin primitif.

Tel est le mode d'emploi du pantographe du dessinateur et son principe qui ne pouvait être appliqué au but que nous visions.

Le *conformateur réducteur de Fourmentin* peut être représenté, dans une de ses positions, par deux branches perpendiculaires articulées à leur point de réunion ; l'extrémité de la grande branche suit le contour du thorax et celle de la petite porte l'axe de rotation ; à un quart de la longueur de cette branche et près de l'axe s'élève une 2^e tige qui a une longueur égale au quart de la longue branche et qui porte le crayon inscripteur.

Ces deux dernières branches sont réunies par une lame de bois qui les rend solidaires dans les divers mouvements qu'on imprime à la branche traçante.

La proportion relative des diverses branches et la situation de l'axe de rotation fait que l'instrument réduit le dessin au $\frac{1}{4}$ et ne peut faire que cela. Il faut en changer complètement le principe géométrique si on veut obtenir des reproductions de diverses grandeurs.

Le pantographe que j'ai imaginé peut être représenté par un rectangle long articulé aux 4 angles dont les deux courts côtés se prolongent, en sens opposé, sous forme de branches longues de longueur déterminée. L'une de ses branches, rectiligne, porte le crayon fixé dans une glissière qui peut être arrêtée en un point quelconque de cette branche ; l'autre branche est courbe, non en demi-cercle comme dans l'instrument de Fourmentin, mais à la forme de la courbe appelée en géométrie : *anse de panier*, qui se rapproche beaucoup de la demi-ellipse qui est la forme du thorax.

L'extrémité libre de cette courbe porte une roulette garnie de caoutchouc qui permet de suivre le contour du thorax sans accrocher et faire plisser la peau.

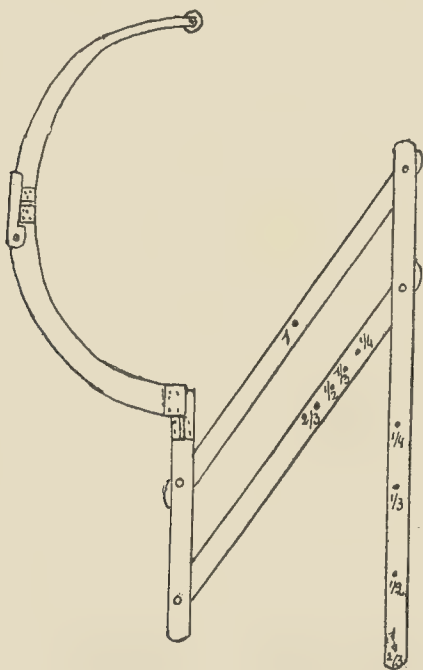
L'autre extrémité de cette courbe se fixe à rotation mobile sur le petit côté du rectangle un peu prolongé.

Pour que cette courbe, à flèche réduite, tienne moins de place dans une boîte elle est coupée dans la moitié de sa longueur et les deux moitiés sont réunies par une charnière et une gouttière métallique qui s'oppose au déplacement par flexion.

Tandis que dans les deux pantographes précédents le centre de rotation du système, le pivot, est immuable et est fixé à l'ex-

trémité de l'une des longues branches, dans le mien, il y a une série de trous sur les longs côtés du rectangle articulé où il faut placer le clou-pivot pour obtenir une grandeur du dessin qui est indiquée par la fraction placée auprès de chaque trou.

On fait glisser le porte-crayon sur la branche rectiligne au point indiqué par la même fraction que celle où l'on place le clou ;



Pantographe de A. COURTADE.

si on n'observait pas exactement cette indication on n'aurait qu'une reproduction déformée de l'objet.

Les diverses grandeurs qu'on peut obtenir sont les suivantes : grandeur naturelle, $\frac{2}{3}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{4}$ qui sont suffisantes pour le but que nous visons, mais il est facile de calculer les positions du pivot et du crayon pour toute autre fraction ; il nous paraît superflu d'entrer ici dans les détails de géométrie et d'arithmétique qui permettent une pareille détermination.

On peut utiliser ce pantographe pour reproduire un dessin linéaire en remplaçant la branche courbe qui ne sert qu'à contourner des corps solides et courbes, par une branche rectiligne

portant à son extrémité un stylet mousse ; on obtient ainsi une reproduction de dessin à grandeur égale ou réduite. Si on veut obtenir une amplification, il n'y a qu'à mettre le crayon à la place du stylet et vice versa.

Pour prendre le tracé de la configuration du thorax avec cet instrument, la technique est la suivante : le sujet est assis contre le petit côté d'une table en bois et à une hauteur telle que la partie du thorax dont on veut prendre le contour soit de niveau, avec le plan de la table ; pour cela on peut se servir d'un siège à élévation variable ou plus simplement d'un siège bas que l'on élève à la hauteur voulue par l'addition de quelque gros volume. C'est un des côtés du thorax et non la face antérieure ou la face postérieure qui doit être proche du bord de la table.

Si on veut obtenir une reproduction en grandeur naturelle, on place une grosse épingle ou un clou mince dans le trou du pantographe marqué 1 et on l'enfonce solidement dans le bois de la table à environ 30 centimètres du bord.

Le papier est fixé sur la table à une distance telle que quand la roulette de la branche courbe touche le côté du thorax éloigné de la table, le crayon doit correspondre au bord éloigné de la feuille de papier. Quand on a une série de tracés à prendre, il est plus simple de se servir, comme nous l'avons fait, de papier blanc en rouleau qu'on déroule d'un bord à l'autre de la table, à mesure qu'il est utilisé.

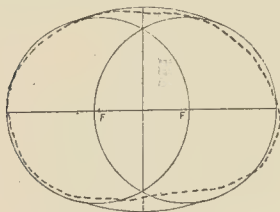
Le sujet relève les bras et croise les mains sur sa tête ou sur la nuque. Saisissant d'une main la branche courbe vers le milieu de sa longueur environ, on fait suivre à la roulette le contour de la moitié antérieure ou de la moitié postérieure du thorax, puis, lorsqu'elle est arrivée près du bord de la table, on fait tourner la branche courbe autour de son pivot pour qu'elle puisse contourner la face du thorax opposée à celle par laquelle on avait commencé.

Cette petite opération, longue à exposer, mais très simple à pratiquer, dure à peine une demi-minute.

Comme la pression du crayon sur le papier est faible, le tracé est peu apparent ; il faut avoir soin de repasser sur le trait avec un crayon pour en accuser le contour.

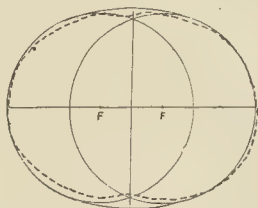
Si on voulait obtenir une grande précision, il faudrait prendre deux précautions : 1° inviter le malade de suspendre sa respiration à la fin de l'inspiration ou de l'expiration pendant les courts instants où la roulette fait le tour du thorax ; 2° immobiliser le malade pendant cette période, soit avec les mains d'un aide qui fixe les épaules, soit avec un appareil de contention,

attaché à la table par un étau et qui par des croissants rembourrés maintiendrait le buste fixe en le serrant sous les aisselles. Cet appareil de contention utile pour un service d'hôpital ou de clinique où on peut avoir à prendre fréquemment des diagrammes thoraciques constitue une complication de technique pour le praticien qui ne prend ces tracés que d'une façon accidentelle; l'appareil est aussi rendu moins portatif et beaucoup plus cher.



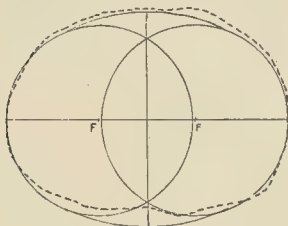
B..., Édouard, 11 ans 1/2.

Grand axe. 21 c.	Indice thor. 142 c.
Petit axe.. 16 c.	Périm..... 59 c.



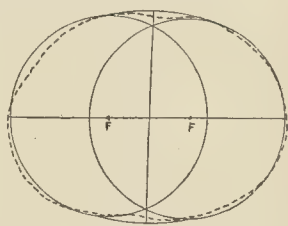
B..., Pierre, 11 ans 1/2.

Grand axe. 18 c. 8	Indice thor. 148 c.
Petit axe.. 13 c. 2	Périm..... 59 c.



A..., André, 11 ans.

Grand axe. 21 c. 7	Indice thor. 140 c.
Petit axe.. 15 c. 5	Périm..... 60 c.



B..., Marcel, 10 ans.

Grand axe.	Indice thor. 150 c.
Petit axe..	Périm..... 58 c.

C'est pour cela que nous n'avons pas employé de système d'immobilisation du thorax chez les enfants de 10 à 13 ans que nous avons examinés dans les écoles municipales de Paris.

Les quatre tracés thoraciques que nous reproduisons sont des réductions des figures obtenues avec notre pantographe sur des enfants de 10 à 13 ans. Nous avons indiqué en traits pleins la construction de l'ellipse correspondant à chaque forme et en pointillé le tracé thoracique. On peut voir que sauf aux parties qui correspondent au sternum et à la colonne vertébrale, le contour de l'ellipse suit à peu près exactement le contour de la poitrine.

Pour tracer l'ellipse correspondante à un diagramme donné,

on prend la plus grande largeur d'un côté du thorax ; cette longueur représente le diamètre du cercle ; avec une ouverture de compas égale à la moitié de ce diamètre on trace deux cercles qui doivent effleurer les bords thoraciques ; les centres se trouvent sur le grand axe, comme l'indiquent les figures où nous avons indiqué les foyers de l'ellipse FF. Des deux points de croisement des deux cercles, comme centres, ou même deux courbes de raccordement.

Dans les cas d'asymétrie du thorax, résultant d'une affection pulmonaire unilatérale, les deux circonférences doivent être inégales, comme rayons pour suivre exactement le contour du côté déformé ; il est même des déformations qu'on ne peut soumettre à une courbe géométrique.

Pour en déterminer la surface, on peut prendre le contour du thorax avec un pantographe et compter le nombre de centimètres carrés qu'il recouvre sur un papier ainsi divisé ; on peut encore appliquer sur la feuille portant le diagramme, une feuille de papier transparent divisée en centimètres carrés et compter le nombre de carrés inclus dans la courbe.

IV

DIMENSIONS THORACIQUES ET DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL DE L'ENFANT.

Certains enfants des écoles de la Ville de Paris sont envoyés à la campagne aux frais de la Caisse des Écoles ; comme le nombre des candidats est supérieur à celui des places, le médecin inspecteur des écoles procède à la sélection et désigne par une note le degré d'urgence d'envoi à la campagne de chacun des candidats.

Comme il n'y a pas de méthode uniforme d'examen, chacun des médecins procède comme il l'entend ; d'ailleurs, il ne s'agit pas d'un examen proprement dit de chacun des enfants, ce qui serait trop long, mais d'une simple inspection, d'une appréciation au coup d'œil.

Ces explications données, j'ai attribué la note du maximum d'urgence aux enfants dont la taille était au-dessous de celle des enfants de leur âge, à ceux qui présentaient de nombreux ganglions cervicaux et à ceux dont les masses musculaires de l'avant-bras étaient faibles, dont la peau était flaccide, transparente, laissant voir l'abondant réseau veineux de cette région.

Ce sont ces enfants, des garçons âgés de 10 à 13 ans, et au nombre de 28, dont j'ai pris les dimensions thoraciques avec le

mètre et mon compas et le diagramme avec le pantographe. Comme il n'y avait point à l'école de toise et de bascule, je n'ai pu avoir les notions importantes du poids et de la taille de chaque sujet.

Le dessin thoracique pris avec mon pantographe n'a pas toujours fourni un contour correspondant aux mesures prises avec le compas, parce que l'enfant déplaçait légèrement le buste au moment où la roulette fonctionnait; il aurait fallu un appareil de fixation ou un aide pour obtenir l'immobilité complète du sujet. Je n'ai point recommandé non plus de suspendre la respiration pendant que l'instrument fonctionnait, parce que cela aurait été inutile, car il aurait fallu observer si la recommandation était bien suivie pendant que la branche courbe contournait le thorax; cela eût entraîné une grande perte de temps.

Toutes ces précautions sont exécutables quand il s'agit d'un enfant ou deux à examiner, mais sont à peu près impossibles quand on pratique des examens en série, que l'on est sans aide et avec une installation de fortune.

Malgré l'absence de précautions spéciales, dans 11 cas sur 25, les dimensions des diamètres de l'ellipse thoracique correspondaient, à quelques millimètres près, avec les diamètres pris avec le compas; dans 5 cas, l'écart était un peu plus grand et dans 9 cas, la différence dépassait les limites qu'on peut attribuer à un temps différent de la respiration au moment de ces deux examens successifs. Il ne faut pas oublier qu'entre l'action du pantographe et celle du compas, il s'écoulait un intervalle de 2 à 3 minutes et que par conséquent l'enfant ne se présentait pas forcément au même temps de l'acte respiratoire devant chacun des instruments.

Aussi, dans l'appréciation des résultats, n'ai-je tenu compte que des mensurations obtenues avec le compas.

On se rappelle que le rapport entre le diamètre transverse et le diamètre antéro-postérieur du thorax, l'indice thoracique de Fourmentin, était une indication de capacité thoracique, et que Weisgerber en 1879 avait fixé ce chiffre à 140 pour les individus bien portants; c'est-à-dire que si le chiffre 100 représente le diamètre antéro-postérieur, le chiffre 140 représentera la longueur du diamètre transverse chez un individu bien constitué; plus ce dernier chiffre sera élevé et plus la poitrine du sujet sera plate et aura une surface de section moindre pour un même périmètre.

Quel est donc l'indice thoracique chez ces enfants considérés comme plus faibles, plus débiles que leurs camarades?

Je ne prendrai que le chiffre de 25 qui est une fraction nette de 100 et non le nombre exact d'examinés (28).

Indice thoracique	Nombre	Pour 100
Moins de 150 (156).....	1	4
145 à 150.....	2	8
141 à 145.....	5	20
135 à 140 inclus.....	11	44
130 à 135.....	3	12
125 à 130.....	2	8
Plus de 125 (123).....	1	4
	<hr/> 25	<hr/> 100

Sur 25 enfants, il y en avait donc 8, soit 32 % ou un tiers, dont l'indice thoracique était supérieur au chiffre de 140, c'est-à-dire inférieur à la normale, ce qui semble peu ; tous les autres, 68 %, avaient donc un indice thoracique supérieur à la normale et cependant ils présentaient des marques de débilité qui les avait fait choisir pour les colonies scolaires au même titre que les précédents.

On trouve l'explication de cette désharmonie dans le fait que les enfants suivent une séance de gymnastique par semaine seulement, mais que tous les jours on leur fait faire des exercices de gymnastique respiratoire, pendant une demi-heure. La répétition de ce dernier exercice a pour effet de dilater la cage thoracique, mais ne suffit pas à elle seule pour développer les masses musculaires du membre supérieur ou augmenter le développement général si les bonnes conditions d'hygiène générale font défaut au sein de la famille.

Chez 3 enfants qui avaient meilleure apparence et à qui j'avais attribué des notes indiquant la moindre urgence d'être envoyés à la campagne, j'ai trouvé des indices thoraciques de 149, 140 et 130. Bien que d'apparence robuste, le premier avait cependant un indice respiratoire au-dessous de la normale, le second atteignait la limite et le troisième la dépassait de beaucoup.

Pour conclure, je crois, jusqu'à plus ample informé, que l'indice thoracique n'est pas un critérium certain de la robustesse de l'individu quand il ne s'écarte pas beaucoup de la moyenne.

V. — TECHNIQUE PRATIQUE

I

LA PROPULSION DE LA LANGUE DANS LA LARYNGOSCOPIE INDIRECTE

Par le Prof. **MERMOD** (de Lausanne).

Dans plusieurs articles publiés antérieurement ¹, j'ai cherché à démontrer que le problème du redressement de l'épiglotte couchée, qui s'impose dans la plupart de nos interventions endolaryngées, surtout dans l'emploi du galvanocautère, n'est pas si facile que cela semble au premier abord. Preuve en est dans le nombre déjà grand des instruments qu'on a construits dans ce but, et qui pour la plupart prouvent davantage une certaine naïveté plutôt qu'une expérience fondée sur une pratique rationnelle : ceci dit surtout de la traction de l'épiglotte avec un fil placé au travers qui déforme l'organe sans le relever.

Du reste, quel que soit l'instrument employé, fil, pince, érigne, etc., il ne saurait être laissé à lui-même, suspendu hors de la bouche. On a toujours oublié, et c'est là-dessus que je veux encore insister, qu'une épiglotte peut être collée étroitement sur la base de la langue, et rester cependant complètement couchée sur le larynx. Le principal obstacle dans tous nos essais pour voir dans le larynx réside moins dans l'existence d'une épiglotte plus ou moins couchée que dans la présence de la langue elle-même. Ceci est tout aussi vrai pour la laryngoscopie indirecte que pour les essais de vision directe, en allant depuis Kirstein jusqu'à Killian, sans oublier la « laryngoscopie par suspension », la « Schwebelaryngoscopie » du dernier auteur.

Dans la laryngoscopie avec le miroir, nous cherchons à surmonter les mêmes obstacles par d'autres moyens qui restent autrement plus simples et moins brutaux que ceux qui sont nécessaires pour supprimer l'angle de réunion de l'axe buccal avec l'axe laryngo-trachéal : extension exagérée de la tête ou sa suspension en position de Rose, compression énergique de l'épiglotte et de la langue. Avec une force bien moindre, notre rele-

1. Un releveur de l'épiglotte, *Annales des mal. de l'or.*, 1904, n° 9 ; un nouveau releveur de l'épiglotte, *Annales des mal. de l'or.*, 1906, n° 10 ; le redressement de l'épiglotte dans les interventions endolaryngées, *Presse oto-laryngologique belge*, janvier 1910.

veur épiglottique ¹ donne une vision parfaite de la cavité laryngée, à condition que l'instrument soit employé moins comme un simple releveur que comme un propulseur de la langue ; il faut qu'un aide tienne l'instrument en exerçant une traction horizontale. Combien souvent un demi-diagnostic est complété par l'emploi du releveur, alors que l'épiglotte en apparence normale se montre profondément infiltrée et ulcérée sur sa face laryngée.

L'examen au miroir est des plus faciles si le malade est tolérant, si son épiglote n'est pas couchée et si la base de la langue n'est ni rigide ni trop charnue ; et il n'est pas besoin d'une main exceptionnellement exercée pour pratiquer convenablement des interventions déjà compliquées. C'est pour ces cas faciles que nous pensons, avec notre distingué confrère et ami Dr Luc, qu'on peut se passer du releveur. Dans toute autre circonstance moins favorable, il n'en est plus de même, et c'est une singulière illusion de croire que l'épiglotte couchée peut être redressée tout simplement avec l'instrument opérant, surtout si celui-ci est une tige de galvanocautère qui brûle inutilement l'épiglotte sans la relever ; puis, que pourrait l'instrument contre l'obstacle lingual ?

Si la cavité laryngée ne se présente pas d'elle-même absolument béante et découverte, j'affirme qu'il n'est pas possible de pratiquer une bonne intervention endolaryngée, surtout une bonne galvanocautérisation, sans un releveur propulseur. Il est des cas cependant où son emploi est désavantageux : ce sont ceux assez fréquents où il faut intervenir sur une épiglote infiltrée et fortement collée sur la base linguale ; les deux organes ne font qu'un ; impossible d'agir sur l'un sans sacrifier inutilement le second ; de là ces brûlures étendues de la base de la langue, avec réaction douloureuse qu'on met sur le compte de la méthode. On ne peut surmonter l'obstacle qu'en cherchant à séparer les deux organes par l'augmentation du diamètre antéro-postérieur de la fosse glosso-épiglottique. L'instrument dont nous nous servons dans ce but est des plus simples : une spatule en forme de cœur et dont l'échancrure loge le ligament glosso-épiglottique. La face antérieure concave et recouverte d'une couche de matière isolante, s'adapte exactement sur la base de la langue, à laquelle elle sert en même temps de protecteur contre le galvano-cautère. La courbure du manche est la même

1. Nous en avons donné plusieurs modifications successives ; la forme définitive, la seule dont nous acceptons la paternité, a été décrite dans la *Presse oto-laryng. belge*, janvier 1910. Constructeur Schaerer, Berne-Lausanne.

que celle du releveur. Tandis que le malade tire la langue, un aide applique doucement l'instrument sur la base de l'organe qu'il pousse en avant. Inutile d'exagérer traction et pression qui ne font qu'augmenter la voussure et la rigidité de la langue. Notre propulseur rappelle la spatule de Kirstein : mais la forme et l'usage en sont bien différents. Cette dernière, avec ses deux



cornes enfoncées dans les sinus piriformes, presse fortement sur la langue qu'elle cherche en quelque sorte à supprimer, pour voir directement dans la cavité laryngée sans le secours du laryngoscope. Notre spatule est beaucoup plus gracile ; appliquée avec douceur, elle n'est qu'un complément souvent indispensable de la laryngoscopie indirecte.

Un fait des plus intéressants, ce dont nous ne nous étions pas rendu compte dans nos différents essais de construction d'un releveur épiglottique, c'est que la propulsion de la langue avec une

spatule suffit pour relever l'épiglotte elle-même ; langue et épiglotte reliées par un ligament, ne font qu'un ; il suffit de pousser sur la première pour que la seconde suive. Et combien cette manœuvre si simple facilite l'examen complet de la commissure antérieure, que Garcia ne parvenait guère à voir, et qui reste si souvent cachée au laryngoscopiste le plus exercé, pour peu que le tubercule de Czermack soit développé. Sans conteste, cette région est la plus difficile à atteindre ; il n'en est plus de même avec la propulsion de la langue.

La vieille méthode de la laryngoscopie indirecte, telle que l'avait fixée le génie d'un Garcia, d'un Turck et d'un Czermack, restera toujours, nous en sommes convaincus, la méthode classique, la base et le moyen idéal de pénétrer dans la cavité laryngée aussi bien avec nos instruments qu'avec notre rayon visuel : *le laryngoscope, surtout s'il est aidé du relèvement artificiel de l'épiglotte et de la langue, qui en sont souvent un complément indispensable*, sera toujours suffisant dans nos interventions endolaryngées allant depuis la simple extraction du polype jusqu'aux cautérisations destructives les plus étendues. Nous réservons aux enfants les méthodes récentes de laryngoscopie directe elles sont utiles et souvent indispensables ; il n'en est pas de même chez l'adulte ; nous y avons rarement recours¹ et nous restons sceptiques et même surpris devant ces tentatives, estimant qu'il sera toujours plus simple de pénétrer dans la cavité laryngée avec *nos deux yeux* et avec nos instruments, à travers le large chemin bucco-pharyngé, qu'avec des tubes nécessairement étroits *qui ne permettent que la vision monoculaire*. Un de nos collègues français ne considère-t-il pas comme un progrès l'examen de la paroi postérieure du larynx à travers les tubes de Killian !

Une autre cause d'infériorité de la laryngoscopie directe est la nécessité de charger avec un tube spatule l'épiglotte qu'il masque nécessairement en la couvrant.

Supposons un instant qu'aujourd'hui même, en 1912, la découverte de Garcia n'ait jamais été faite, qu'on n'ait jamais vu le larynx que par vision directe, nécessitant l'extension extrême de la tête ou la position de Rose, et l'introduction nécessairement pénible d'un tube rigide à travers la glotte : avec quel intérêt et avec quel enthousiasme même n'accepterions-nous pas une nouvelle méthode permettant l'examen parfait de la cavité laryngée

1. Il va sans dire que nous parlons de laryngoscopie, et non pas de trachéo-bronchoscopie.

au moyen d'un petit miroir introduit délicatement au fond de la gorge, sans aucune manœuvre brutale.

Quant à la laryngoscopie directe par suspension, la « Schwebelaryngoscopie », nous venons seulement d'en lire la première publication parue ces jours derniers dans les Archives de Fraenkel. Au lieu de presser sur la langue, c'est celle-ci qui s'assied sur la spatule, avec tout le poids de la tête en position de Rose. La méthode, qui témoigne une fois de plus des géniales qualités techniques du professeur berlinois, permet la vision binoculaire directe ; elle sera probablement bien accueillie comme moyen de démonstration clinique, et aussi comme un aide précieux dans la photographie du larynx. Quel avantage immense de donner l'image exacte d'un larynx avant et après un traitement, alors que le dessin ou l'aquarelle laissent toujours une certaine place à l'imagination. Quant aux inconvénients, ils existent ; mais il serait présomptueux de juger une méthode sans l'avoir vu démontrer, et sans l'avoir expérimentée soi-même. Elle pourra certainement rendre des services, mais pas plus que les autres moyens directs, elle n'arrivera à détrôner la méthode de l'examen au miroir, *surtout si elle est complétée par le relèvement de l'épiglotte et par la propulsion de la langue.*

Lausanne, juillet 1912.

CONTRIBUTION A LA PLASTIQUE DE LA TRACHÉE¹Par **A. TORRETTA** (de Gênes).

Il n'est pas toujours facile de débarrasser un malade de sa canule dont le port est devenu inutile. Bien que j'aie cherché dans tous les traités et les monographies les moyens d'oblitérer la fistule trachéale d'un « *canulard* » confié à mes soins, le résultat de mes lectures ne m'a pas donné satisfaction. J'ai eu recours à une méthode très simple, s'adaptant à la plupart des cas et qui m'a parfaitement servi. La guérison se maintenant depuis plus de deux ans, je crois bien faire en rapportant ici l'observation.

E. M., originaire de Mendrisio, en Suisse, est un vieillard de 72 ans qui jouit d'une bonne santé jusqu'à il y a 30 mois environ, époque à laquelle il ressentit les symptômes d'une affection du larynx caractérisée par l'aphonie et des troubles respiratoires dont le malade ne saurait préciser la nature. Il se souvient que le mal se déclara brusquement et qu'il engendra rapidement des manifestations d'asphyxie aiguë. Tous les confrères, spécialistes ou médecins généraux, qui le virent, réservèrent leur pronostic, diagnostiquant une tumeur maligne. A Vienne, on excisa un fragment de la corde vocale droite et le malade et sa femme croient se rappeler que le résultat de l'examen histologique confirma le diagnostic. Le malade fut trachéotomisé et après une semaine de lit, il rentra chez lui. Actuellement il se plaint d'une expectoration catarrhale, dense et abondante, et voudrait être délivré de sa canule. Il a consulté plusieurs spécialistes, qui, en raison de l'âge du malade, des crises de suffocation et de l'arythmie du pouls ont déconseillé une opération radicale.

En examinant le malade, on remarque la présence d'un catarrhe respiratoire limité aux grosses bronches. Pouls 75 à 78 à la minute, arythmique : en général on constate une absence de battements sur 6, 7 ou 10 pulsations ; ces lacunes se manifestent irrégulièrement.

L'examen rhino-pharyngien ne révèle rien de particulier. Au laryngoscope, on voit la muqueuse laryngienne rouge sur toute son étendue ; les fausses cordes vocales sont légèrement œdématisées, tandis que les vraies cordes ont conservé leur motilité normale ; la corde droite présente une perte de substance très restreinte sur la ligne médiane qui s'est cicatrisée et n'altère ni la coloration ni l'épaisseur de la corde. La muqueuse sous-glottique, très visible quand le malade respire normalement, est très rouge et un peu gonflée ; la muqueuse trachéale offre le même aspect. L'orifice de la trachée est occupé par une canule dont la paroi est percée de petits trous ; au-

1. Extrait des Comptes rendus du XIV^e Congrès de la Soc. Ital. de Lar. Rome, octobre 1911.

dessus, dans l'angle supérieur de la plaie trachéale, la muqueuse fait saillie à la manière d'un éperon qui s'avancerait de un centimètre dans l'ouverture trachéale.

Rien d'autre à signaler.

Avant de procéder à une opération, je soumetts le malade à des séances d'intubation avec des tubes de O' Dwyer pour adultes, de calibre croissant, afin de dilater le conduit laryngo-trachéal qui n'est nullement sténosé. L'obstacle, facile à surmonter du reste, qui s'oppose aux passages des tubes d'un diamètre élevé, doit provenir de l'état œdémateux et phlogistique dépendant du catarrhe chronique dont j'ai parlé plus haut.

En même temps, je prescris une cure antisypilitique iodomercurielle et des inhalations d'eau de Salsomaggiore.

Les dires du malade et l'examen laryngoscopique prouvent que le résultat fut excellent, quant au catarrhe, qui s'est beaucoup atténué; l'œdème a disparu et la muqueuse a repris un aspect normal.

Alors, je retire, par les voies naturelles, à l'aide d'une *pince coupante* de Walb, du dernier modèle, l'éperon intra-laryngien, puis je confie le malade à ses médecins qui sont chargés de prendre journellement sa température et de noter les altérations du pouls et de la respiration pendant quarante jours, la canule étant alternativement ouverte et fermée. Au bout de ce temps, on voit que la canule peut être oblitérée jour et nuit, à l'extérieur, avec un tampon.

Je crois le moment venu du retrait de la canule et de l'oblitération de la plaie trachéale par une opération. Dans ce but, je pratique tout autour de la fistule des injections d'alpine Bayer à 1/100; ayant ainsi obtenu une anesthésie suffisante j'effectue deux incisions se réunissant en losange autour de l'orifice externe et atteignant leur plus grand diamètre dans le sens vertical. Par des incisions successives aboutissant au périchondre trachéal, je réussis à extraire le tissu cicatriciel constituant tout le trajet fistuleux. Une par une, j'immobilise et j'isole toutes les couches anatomiques normales de la peau à la trachée, puis je les réunis sur trois plans par des sutures asymétriques. Je règle ma conduite sur la force remarquable de l'air respiratoire, capable de s'ouvrir une voie à travers d'étroits interstices.

La malade supporta bien l'opération et depuis deux ans et demi les troubles respiratoires ont totalement cessé.

Della Vedova ¹ a eu recours plus récemment avec succès à une méthode analogue à la mienne.

Je tiens à remercier ici tout particulièrement le Prof. G. Ingianni qui m'a prêté son aide lors de l'intervention.

¹ 1. *La pratica oto-rino-lar.*, n° 4, 1911.

III

COUTEAU BOUTONNÉ POUR LE TRAITEMENT DES PÉRI-AMYGDALITES PHLEGMONEUSES PAR LA MÉTHODE DE KILLIAN ¹

Par **Ricardo BOTEY** (de Barcelone).

Les abcès péri-tonsillaires se localisent presque toujours à l'intérieur de la fossette supratonsillaire. Le pus des cryptes supérieures de l'amygdale se répand dans cette fossette et ne pouvant s'évacuer, l'infection se propage au voile du palais et à la partie antérieure de la cavité pharyngo-maxillaire, grâce aux adhérences de l'amygdale avec la margo semilunaris qui bouche l'ouverture de la fossette.

Vous savez parfaitement que la méthode de Killian consiste à

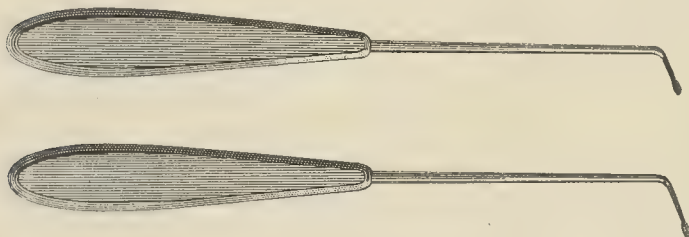


FIG. 1. — Couteau boutoné de Botey pour le traitement des abcès péri-amygdaliens par la méthode de Killian.

cathétériser et à dilater cette fossette en passant entre la margo et l'amygdale.

Le patient en position laryngoscopique, on cocaïnise ; puis, au lieu d'introduire les mors d'une pince de Péan ou de Kocher, instruments peu appropriés et qui par sa rectitude obligent à les placer trop obliquement, j'introduis un de ces petits couteaux coudés en angle obtus à 15 ou 20 mm. de leur extrémité boutonnée, ce qui empêche la perforation du voile (fig. 1).

J'insinue le petit couteau en haut par l'ouverture de la fossette, et après l'avoir incliné de chaque côté, les brides sont coupées et l'abcès se vide par l'ouverture de la fossette.

Je préfère la méthode de Killian à l'incision classique de

1. Instrument présenté au IV^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie (Bilbao, 26-29 août 1912).

Lemaître, car je considère celle-là rationnelle, simple, innocente, sûre et pratique. En outre elle abrège la durée de la maladie, quand il ne sort pas de pus à cause de ce que l'abcès n'est pas encore mûr.

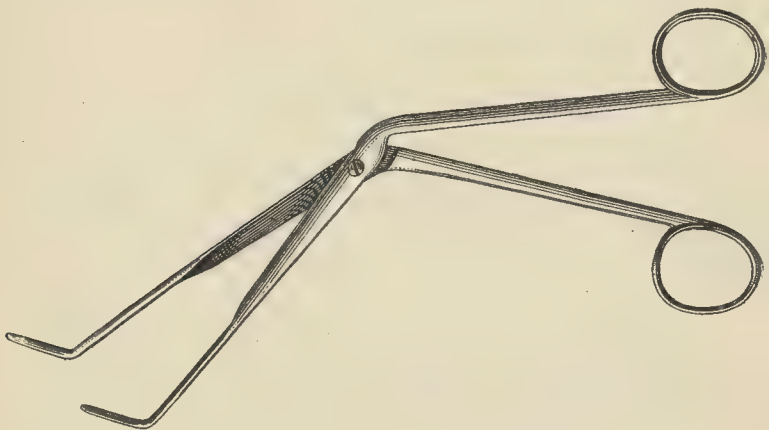


FIG. 2. — Pince à pansement coudée à son extrémité pour vider la collection purulente des péri-amygdalites.

Dans certains cas où le pus ne sort pas facilement, j'ai fait courber légèrement l'extrémité d'une pince nasale afin de faciliter son introduction dans la profondeur de la fosse supratonsillaire dans la direction convenable (fig. 2).

VI. — PHONÉTIQUE EXPÉRIMENTALE

SUR L'ACTION DE CERTAINES GLANDES ENDOCRINES SUR LE DÉVELOPPEMENT DU LARYNX

Par le prof. **Gherardo FERRERI** (de Rome).

Il semble que le champ des nouvelles études dans le domaine des premières voies respiratoires ne s'épuise guère, et à chaque Congrès, on signale de récentes conquêtes démentant le discrédit qui mettrait la laryngologie au second plan parmi les branches spéciales de la médecine. Pour s'élever contre cette hypothèse erronée, en peu d'années trois grands chapitres cliniques et physiopathologiques ont été révélés à la science : l'adénoïdisme et ses rapports avec la pathologie infantile, la bronchoscopie et l'œsophagoscopie, enfin la phonétique qui constitue la dernière affirmation des progrès incessants des études rhino-laryngologiques.

Si l'on envisage l'importance de la phonétique d'après les nombreux travaux auxquels elle a donné lieu récemment, il faut admettre qu'il s'agit d'un combat dans lequel se mesureront les meilleures forces intellectuelles. On s'en rend aisément compte, en considérant qu'en dehors des travaux de laboratoire, la phonétique intéresse la vie sociale à laquelle elle apportera la solution de graves problèmes.

L'étude de la phonétique demeurerait stérile si on limitait à la physiologie son horizon d'investigations, ce qui adviendrait en envisageant uniquement la voix au point de vue du chant et en négligeant les améliorations apportées dans l'existence courante et pour le perfectionnement de la langue qui constitue l'expression musicale de la pensée d'un peuple. Selon moi, les récentes études de phonétique expérimentale doivent porter non seulement sur les données purement anatomiques, mais sur l'ensemble anatomo-physiologico-pathologique.

Nous sommes heureux que les premiers auteurs qui se sont intéressés à l'influence des organes de la parole sur l'évolution du langage soient deux illustres Italiens dont la gloire a été consacrée par les siècles.

Tous ceux qui étudient la phonétique ne manqueront pas de consulter le traité de Giulio Casserio (*De vocis auditusque organis historia*) et le livre de Léonard de Vinci (*De voce*), vu que tous les problèmes y sont discutés et souvent solutionnés. Ces auteurs ne se contentèrent pas d'envisager la phonétique en géné-

ral, mais ils l'étudièrent aux divers âges de la vie et suivant les sexes; ils s'étendirent sur certaines conditions physiologiques spéciales (mue vocale, menstruation, grossesse, ménopause) et des phénomènes pathologiques (voix eunuchoïde), enfin ils s'occupèrent aussi de la phonétique comparée.

Les anciens avaient déjà observé les modifications de la voix aux différents âges, ainsi qu'à la suite de l'ablation des glandes sexuelles masculines. Dans son ouvrage (*De hist. anim.*, LIX, ch. 50) Aristote précise des faits intéressants, il écrit : « Au cas où l'on châtre un gallinacé adulte, on verra la crête se réduire, l'animal cessera de chanter et ne se livrera plus au coït ; mais s'il s'agit d'un poussin l'organisme ne présentera aucune des modifications qui se vérifient au cours de la croissance. »

Ce fait est exact aussi pour l'espèce humaine : si l'on châtre un enfant, la puberté est enrayée, la voix ne mue pas, elle conserve sa tonalité aiguë et enfantine.

Casserio s'étend longuement sur ce sujet dans son livre (*De laringe vocis organo*) ; il a souvent recours à l'autorité d'Aristote pour confirmer ses idées sur les variétés de timbre vocal qu'il attribue principalement à la quantité ou à l'insuffisance de l'air qui traverse l'orifice laryngien et à la vitesse plus ou moins grande avec laquelle l'air passe. Quant à l'action des glandes sexuelles sur la modification de la voix au début de la puberté, l'auteur affirme qu'elle provient de l'influence de la maturité générative incipiente (voir la reproduction partielle d'une planche de Casserio figurant l'anatomie du larynx d'un coq, fig. 1).

Galilée avait aussi formulé de nombreuses hypothèses relatives à la diversité des voix des oiseaux ainsi qu'on le remarque dans certains passages de ses *Essais* (Vol. VI, p. 269 de ses œuvres) : « D'où vient-il que les tuyaux d'orgue ne résonnent pas tous à l'unisson, mais qu'il en est qui rendent des sons plus ou moins graves ?... Bien qu'étant toutes formées de la même matière, les cordes de la harpe produisent des sons différents, vu leur différence de longueur... on peut en dire autant des cordes vocales qui, suivant leur longueur et leur largeur, engendrent divers genres de voix » ; et ailleurs (page 280) : « Les oiseaux, par un bel artifice, en se servant de l'air qu'ils respirent, émettent à leur choix divers chants tous d'une suavité extrême... certains individus ont si peu conscience de leur savoir que si on leur demande comment ils produisent les sons, ils répondent qu'ils connaissent certains procédés, mais qu'ils ont la certitude qu'il en existe cent autres inconnus et incroyables. »

On ferait fausse route si l'on étudiait la phonétique expérimentale.

tale sans se préoccuper simultanément de l'anatomie normale et pathologique de l'organe vocal. Il y aurait fréquemment divergence entre l'examen laryngoscopique et celui des fonctions, si l'on ne tenait pas compte de la constitution anatomique du larynx et des modalités qu'il présente quant à l'âge, à la profession et aux conditions physio-psychologiques et pathologiques.

Grâce à la phonétique on sera certainement en mesure de mieux identifier les maladies de la voix et de contrôler l'action de

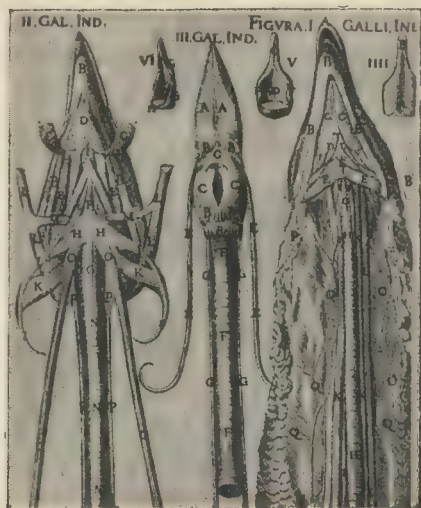


FIG. 1.

la thérapeutique, mais la nature intrinsèque des lésions ne se révélera pas si l'anatomie pathologique est impuissante à mettre en lumière les altérations propres à tout tableau clinique. Il en est de même lorsque, en présence d'un piano fonctionnant mal, on se borne à le faire accorder sans en vérifier le mécanisme.

Ce sont les recherches détaillées sur le registre de la voix humaine, sur la résonance de la caisse harmonique rhino-pharyngienne, sur la quantité d'air nécessaire à l'émission de la voix chantée et parlée, sur les modifications de forme que subissent les organes vocaux en parlant et en chantant, et par-dessus tout les études pneumographiques qui tendent à résoudre la question de savoir si ce sont les muscles thoraciques ou de préférence ceux de l'abdomen qui contribuent à une production satisfaisante

de la voix ; bien entendu, il faut que l'anatomie vienne confirmer les recherches de phonétique expérimentale.

Tous les médecins qui ont la pratique des chanteurs savent que le larynx est diversement conformé selon les timbres ; et que les *basses* dont l'organe est très développé¹ présentent souvent des ossifications précoces pouvant induire à des interprétations diagnostiques erronées.

A propos de la forme du larynx qui est caractéristique pour chaque timbre de voix à l'examen laryngoscopique et par les mensurations phonétiques, le fait d'avoir constaté à la radiographie des ossifications presque constantes chez une catégorie donnée de chanteurs, les basses en particulier, raffermir la théorie que nous avons adoptée d'après laquelle les glandes à sécrétion interne (testicules et ovaires) joueraient un rôle assez important au point de vue de la différenciation du timbre vocal. Nos idées ont été confirmées par les radiographies de larynx des poussins, de chapons et de coq qui ont démontré les relations existant entre la constitution du larynx et la vie sexuelle.

L'influence exercée sur la morphologie du larynx apparaît nettement chez les eunuques ainsi que chez les sujets possédant une voix eunuchoïde, ce qui



FIG. 2.

1. La basse Ottolino Porto était un artiste exceptionnel qui se fit remarquer à Florence dans un beau rôle de la *Parisina* de Donizetti ; il était doté d'un larynx extrêmement développé que l'on conserve à l'hôpital de Sainte-Marie-Nouvelle.

s'explique par le processus d'ossification. En 1897, Max Scheier étudia pour la première fois le squelette laryngien des eunuques et il fit remarquer que leur organe vocal subit une ossification plus lente et moins complète que celui des sujets normaux et qu'il se rapprocherait plutôt du larynx féminin.

Luschka avait déjà observé que le larynx des eunuques est plus développé que celui des femmes dont il se rapproche pourtant assez. C'est de là que viendraient les dispositions des eunuques pour le chant, vu qu'à côté d'un larynx relativement exigü, ils ont la poitrine aussi large que l'homme.

Ayant observé que l'ossification varie suivant le sexe et que chez la femme elle respecte la partie antérieure, tandis qu'elle s'étend toujours chez l'homme et qu'elle envahit tout l'organe vers la 45^e année, Max Scheier se demande si la castration exerce une action directe sur le processus ossifiant.

Gruber découvrit un larynx cartilagineux à l'autopsie d'un eunuque de 65 ans ; tandis qu'à la suite d'examens histologiques et radiographiques, Scheier et Taptas, de Constantinople, admettent que le larynx des eunuques s'ossifie dans la région postérieure, de même que le larynx de la femme. Ainsi Scheier put confirmer ce type d'ossification chez un hermaphrodite de 22 ans considéré jusque-là comme ressortissant au sexe féminin.

Nous avons désiré poursuivre et compléter ces études, dont personne ne méconnaîtra la haute valeur clinique et physiologique, en entreprenant une série d'expériences destinées à mettre en lumière non seulement la composition histologique du squelette mais aussi celle de la muqueuse, des glandes et des terminaisons nerveuses du larynx chez les coqs, les chapons et les poussins.

Cette étude ne sera pas superflue, attendu que dans ces derniers temps nous avons acquis de nouvelles données sur les glandes à sécrétion interne et l'influence qu'elles exercent sur l'organisme tout entier ; ainsi par exemple, on a constaté la présence d'un larynx gigantesque chez les acromégaliques ayant conservé leur conduit crâniopharyngien.

Aussi pensons-nous que le moment est venu de rechercher si en dehors de la sécrétion des organes sexuels, les sécrétions hypophysaire et thymique n'agiraient pas sur la morphologie du larynx, d'autant plus que l'on assigne maintenant au thymus un rôle d'antagoniste pour le développement des caractères sexuels.

En somme, il semble qu'il y ait réciprocité d'action entre la sécrétion des organes sexuels et celle du thymus ; en effet la castration engendre l'atrophie du thymus, tandis que son ablation précoce aide à un développement sexuel prématuré. Il se peut

aussi que le thymus soit en rapport avec la fonction endocrine de l'écorce de la capsule surrénale, ce qui engendrerait des phénomènes influant sur le développement corporel et l'éclosion de la puberté.

L'ensemble de ces expériences porterait à croire que la tendance de soigner certaines affections laryngiennes par des interventions sur l'hypophyse et sur le thymus mériterait d'être prise en considération et que l'on pourrait admettre la proposition américaine consistant à employer la castration comme moyen de défense sociale et de moralisation.

*
* *

Ainsi que nous l'avons déjà dit, les idées exposées ci-dessus avaient besoin d'être confirmées par des expériences et des recherches histologiques. C'est ce que j'ai fait, en choisissant pour mes expériences des gallinacés sur lesquels on observe facilement les transformations que subit l'organe, tant au cours du développement physiologique que lorsqu'il est touché par la castration ou l'ablation du thymus.

Toutes nos recherches ont porté sur l'examen de coupes en séries de larynx de poussins, de jeunes poulets, de coqs adultes et de chapons, ainsi que de coqs stigmatisés qu'on laissait survivre deux mois au minimum. Avant de procéder à l'étude histologique, on se livra à un examen macroscopique détaillé du larynx de différentes espèces, sur lesquelles on rencontra les dispositions morphologiques citées plus bas. Les photographies ci-dessous aideront plus à la compréhension que les descriptions les plus minutieuses (fig. 3).

Nous avons adopté la technique suivante : fixation dans l'alcool après coloration simple à l'hématoxyne-éosine ; puis *procédé photographique* de Ramon y Cajal pour l'étude des fibrilles nerveuses des tissus laryngiens ; enfin on eut recours à la méthode de Lowit-Cipollone ¹ qui permet d'observer soigneusement l'état des nerfs et leurs terminaisons dans les muscles du larynx.

1. On isole un fragment musculaire après avoir lavé le sang adhérent, puis on l'immerge dans une solution d'acide formique à 1 % dans de l'eau distillée ; les fragments doivent y séjourner de 8 à 30 secondes jusqu'à ce qu'ils deviennent semi-transparents et que l'on distingue les filaments nerveux. Alors, avec des pinces en os, on sort les fragments du liquide et on les lave à grande eau, on les assèche avec du papier buvard et on les replonge durant 15 à 20 secondes dans une solution de chlorure d'or. Après les en avoir tirés, on entoure les fragments avec une membrane d'œuf sortant de l'eau distillée et close aux deux extrémités par un fil de soie et on les plonge durant 24 heures dans une solution d'acide formique. Les frag-

Poussin.

Lors de l'examen morphologique de l'appareil laryngo-trachéal, nous avons cru devoir insister, à la suite de nos recherches, sur certains caractères du larynx proprement dit. Avant tout, dans le larynx des gallinacés, on remarque dans la glotte, une *portion respiratoire* et une *portion phonatoire* et l'absence de l'épiglotte remplacée par une zone dentelée. Chez le poussin, la longueur antéro-postérieure médiane de la glotte atteint 8 mm. ; mais il est difficile d'établir une distinction entre la zone respiratoire et la zone de la phonation bien que la première ait le dessus. Le ves-

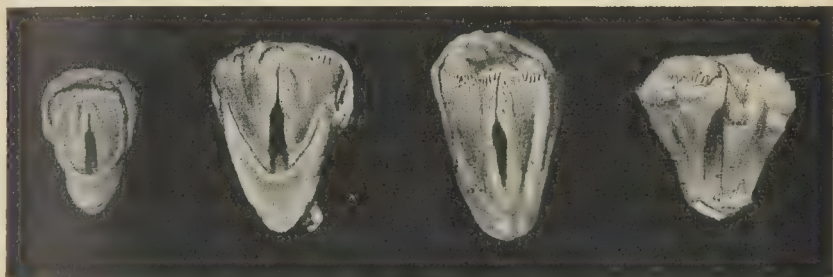


FIG. 3.

tibule laryngien n'est pas coupé par des saillies (sinus piriformes, ainsi qu'on l'observe à un âge plus avancé); en effet on remarque l'absence des deux mamelons latéraux que l'on rencontre sur les vieux coqs. La zone dentelée est si marquée qu'elle donne l'impression d'une brosse.

En examinant les cartilages des poussins, on note proportionnellement à un rare tissu fondamental (qui n'est pas proprement hyalin, mais plutôt réticulé) d'abondantes cellules, dont un certain nombre sont pressées et d'assez grandes dimensions.

Le périchondre se confond graduellement avec la masse cartilagineuse. Le noyau des cellules cartilagineuses est très coloré et apparent.

Généralement les faisceaux musculaires laryngiens contiennent d'abondants noyaux fortement striés; à la circonférence, on distingue des noyaux très colorés.

ments se colorent en rouge vineux, on les développe, on les plonge dans de la glycérine et ils sont propres aux préparations. Pour donner de la stabilité aux tablettes couvre-objets on dépose de la paraffine et du mastic sur les bords.

Par les procédés de Ramony Cajal et de Lowit Cipollone nous avons pu nous rendre compte de la structure des muscles et des nerfs qui les animent; d'élégants faisceaux nerveux parcourent les interstices musculaires, envoyant de temps à autre des rameaux aux fibres collatérales et se terminant en forme de pinceau. Mais tant pour cet examen que pour ceux qui les suivirent, nous n'observâmes jamais de modifications des éléments nerveux du poussin, du coq adulte ou du chapon.

Jeune coq.

La morphologie du larynx des animaux plus âgés ne diffère guère de celle que nous avons décrite dans le précédent paragraphe.

Chez le jeune coq, le périchondre est mince et constitué par deux ou trois rangées de cellules connectives allongées et pressées, à noyau apparent, fusiformes et colorées d'une façon intense. Les faisceaux musculaires thyro-aryténoïdiens viennent s'unir obliquement sur le rebord externe du périchondre.

Pour le cartilage, on ne remarque pas (de même que chez les nouveau-nés de l'espèce humaine) de zone externe lamellaire et de zone interne exclusivement cartilagineuse; mais le cartilage est entièrement constitué par de rares cellules encapsulées, immergées dans un tissu hyalin fondamental. On est frappé de l'absence totale de vaisseaux.

La musculature ne diffère pas de celle du poussin; elle est abondamment vascularisée.

Le revêtement épithélial n'est pas homogène tout autour de la fente glottique; au voisinage de la commissure antéro-postérieure, il apparaît formé de nombreuses couches d'épithélium cubique pavimenteux (voir figure). Vers la sous-muqueuse, le revêtement est nettement festonné et forme des papilles distinctes. Auprès des deux promontoires latéraux, l'épithélium commence à se modifier, les papilles deviennent quadrangulaires et l'épithélium lui-même prend un aspect aréolaire. Ensuite il change complètement de forme, a l'apparence d'un calice et abonde en glandes muqueuses; sur le bord libre, on distingue par endroits une petite quantité de sécrétion condensée (alcool).

Les ganglions débouchent directement dans l'orifice glottique, ils sont composés de cellules juvéniles dont le noyau est fortement coloré et abonde en granulations et en sécrétions.

A un examen d'ensemble des coupes de jeunes coqs, on remarque à la région postérieure des cordes vocales une zone formée de fibres musculaires striées, éparses dans diverses directions et pressées en arrière de la fente glottique.

Encore plus en arrière de ces faisceaux musculaires, on distingue deux groupes symétriques de glandes acineuses mucipares que l'on reconnaît à un faible grossissement par la divergence de structure et de coloration des tissus avoisinants. Ces groupes de glandes s'étendent en demi-lune en arrière du larynx et se prolongent en avant, s'arrêtant à un certain point où ils s'amincissent sans jamais rejoindre la partie antérieure. Au microscope on observe que les acini glandulaires sont richement pourvus de cellules à gros noyaux, on trouve une abondante sécrétion glandulaire dans le centre acineux. Les conduits excréteurs renferment la même sécrétion.

Les acini sont séparés par une couche de tissu connectif et fibreux ; dans certaines zones, on distingue aussi des fibres musculaires sur quelques points des espaces angulaires compris entre les divers groupes acineux.

On remarque à la périphérie que la glande environnée par une capsule fibreuse permet l'insertion directe des faisceaux musculaires. L'examen de ces insertions musculaires, dirigées en plusieurs sens, ferait croire que l'action fonctionnelle des muscles contribue à l'évacuation de ce riche système glandulaire.

Coq adulte.

A l'examen du larynx d'un coq adulte on remarque surtout la différenciation nette entre la portion phonatoire (postérieure) et la portion respiratoire (antérieure) ; celle-ci est plus large et béante. Ainsi qu'on l'a observé, la région phonatoire, avec l'âge, gagne de l'ampleur, attendu que chez l'adulte et le vieillard elle constitue le tiers de la fente glottique et qu'elle mesure 15 millimètres de longueur. Chez les sujets très jeunes, au contraire, la portion respiratoire a le pas sur les autres. Chez les adultes et les vieillards, les sinus piriformes sont plus profonds et accentués que chez les jeunes gens. La zone dentelée ou verruqueuse qui correspond à la muqueuse aryténoïdienne et aux mamelons latéraux et symétriques a de rares épines.

Le périchondre est privé de fibres, peu compact, de même que chez le jeune coq, et on remarque des lacunes (peut-être des vaisseaux sanguins ?) parmi les faisceaux connectifs qui le composent. Dans son ensemble, comme épaisseur, le périchondre est plus apparent que chez les jeunes sujets ; les faisceaux musculaires s'y implantent de la même manière et ils sont obliquement plus éloignés l'un de l'autre.

Au voisinage du périchondre, le cartilage proprement dit assume un aspect lamellaire pressé, mais il semble que sur une

courte étendue, on remarque çà et là des dépôts calcaires. La portion centrale du cartilage est abondamment pourvue de petites cellules toutes semblables et peu colorées qui sont au repos.

A un faible grossissement, les particularités de structure du périchondre et du cartilage sont très évidentes et schématisées. Même à un âge très avancé, sur le coq, jamais Bonanno n'a observé chez l'homme adulte et le vieillard la vascularisation du cartilage qui indique un début d'ossification. D'après nos observations, non seulement on assisterait à la pénétration de nouveaux vaisseaux dans le cartilage, mais on n'observerait jamais la formation d'un système canaliculaire et lamellaire osseux. Ainsi que nous l'avons dit, on découvre dans la substance fondamentale un dépôt de sels calcaires.

Le périnuse est mince et moins nucléarisé que celui des jeunes sujets; les fibres musculaires elles-mêmes ont de rares noyaux, mais elles présentent des stries très marquées.

Dans le revêtement épithélial de la fente glottique, nous observons, mais moins nettement, la distinction entre l'épithélium pavimenteux et glandulaire. D'ordinaire, l'épithélium pavimenteux est moins riche en cellules et au voisinage de la zone phonatoire il est kératinisé et offre un aspect lamellaire très accusé.

La section glandulaire est proportionnellement réduite et présente peu d'activité fonctionnelle. Le système ganglionnaire mucipare a la même topographie que celui des jeunes sujets. On note des divergences à un examen histologique méticuleux; les glandes n'ont pas autant de cellules que celles des jeunes sujets et la couche cellulaire des acini est très réduite; elle consiste en un unique plan de rares cellules aplaties, allongées ou fusiformes avec un petit noyau oblong (voir fig. 2).

La sécrétion siège au centre de l'acini, mais elle forme une masse moins abondante que chez le jeune coq. Çà et là, on découvre parmi les acini de gros follicules lymphatiques, uniformes, à cellules pressées et dont le noyau est fortement coloré.

Chapon.

Sur le chapon, la structure du larynx montre les modifications propres aux phénomènes d'involution; tandis que sa musculature est grasse (ce qui influe sur la coloration générale de la muqueuse laryngienne), son squelette est dur et ossifié. De plus, ainsi que chez le jeune coq, la portion respiratoire a tendance à empiéter sur la portion phonatoire.

A un faible grossissement, le cartilage apparaît séparé en deux

zônes, l'une externe, moins étendue, l'autre centrale plus vaste. La première se compose de rares cellules à noyaux fusiformes allongés, elle se détache nettement du périchondre, puis va se confondre peu à peu avec la zone interne. Celle-ci est constituée par de nombreuses cellules encapsulées de dimension variable, ordinairement volumineuses, munies d'une faible substance intercellulaire. Sur certains points, les cellules s'accumulent et renferment des granulations probablement calcaires, qui dénotent une propension à l'ossification.

Le tissu parachondral est très développé (au moins dans sa portion postérieure) et il présente un tissu très dense résultant de fibres connectives entrecroisées et fortement nucléarisées, des zones plus claires et plus vastes, moins colorées, dans lesquelles les éléments sont plus lâches et laissent voir au centre des vaisseaux artériels et veineux fortement dilatés et revêtus de tuniques très distinctes. Leur orifice renferme du sang en petite quantité.

Dans la région correspondant à la commissure postérieure on remarque transversalement un os en forme de 8 présentant deux cavités médullaires renfermant la moelle osseuse. La substance osseuse environnante est nettement lamellaire.

Les muscles laryngiens du chapon se comportent un peu différemment des précédents. Les fibres ont de rares noyaux. Elles sont distancées, avec des interpositions de tissu connectif intermusculaire et de tissu aréolaire probablement graisseux. On remarque parmi les faisceaux musculaires de nombreux vaisseaux à parois minces constituées par une unique rangée de cellules (Voir fig. 3).

L'examen comparé des muscles du larynx aux divers âges (poussin, coq et chapon) permet d'affirmer que le volume des faisceaux musculaires est très réduit chez le chapon, tandis que le tissu connectif périmusculaire est plus abondant. Ce manque de développement serait en rapport avec l'inaction fonctionnelle et proviendrait d'une modification de l'appareil nerveux périphérique (ganglions et nerfs).

Cette disposition particulière du système musculaire complexe du larynx du chapon s'observe aisément au voisinage de la partie médiane d'où partent les deux séries de faisceaux musculaires. Les faisceaux ne sont pas continus, ils présentent des espaces clairs intermédiaires.

Dans la glotte, au voisinage de la commissure antérieure, on relève l'épithélium pavimenteux habituel; les glandes marginales sont notablement réduites.

Le système des glandes mucipares est presque analogue à

celui d'un adulte normal; toutefois les cellules sont pour ainsi dire à l'état de repos fonctionnel. Quant au revêtement cellulaire des acini, il est formé d'une ou deux couches de cellules d'un aspect plus régulier que chez l'adulte. Elles sont très pressées. Leur contenu ne détend pas les acini comme chez les jeunes sujets, mais il est toujours plus abondant que chez l'adulte. On n'observe rien de particulier, quant aux follicules lymphatiques épars dans le tissu glandulaire; peut-être leur nombre est-il réduit?

En ce qui concerne les terminaisons nerveuses, on ne note pas de différence appréciable; on peut même affirmer que malgré l'atrophie de certains groupes musculaires du larynx, le chapon ne présente pas de véritables dégénérescences nerveuses.

Coq éthyroïdé.

Trois jeunes coqs subirent l'ablation totale du thymus. L'un d'eux mourut 24 heures après l'intervention, tandis que les deux autres survécurent, un de ces derniers demeura en bonne santé jusqu'à ce qu'on le sacrifiât; au bout d'un certain temps son compagnon dépérit, il devint très abattu et le timbre de sa voix changea. Comme le précédent ce coq fut mis à mort au bout de deux mois.

On se servit du premier animal pour étudier les muscles et les nerfs laryngiens; on fendit le larynx de l'autre pour se livrer à l'étude des divers tissus en ayant recours aux procédés de coloration indiqués plus haut.

L'examen histologique a révélé un fait important, mais qu'il faudrait contrôler par des expériences ultérieures, en considérant notre travail comme une première contribution à l'étude de l'influence exercée par les organes à sécrétion interne sur les modifications de structure de l'organe vocal; il importe de faire cette constatation, vu que les altérations que nous signalons n'ont été observées que chez un seul des trois coqs éthyroïdés.

Le périchondre et le tissu cartilagineux étaient normaux, mais on relevait des altérations assez notables sur toutes les parties molles du larynx et en particulier sur le revêtement épithélial, les masses musculaires et le système glandulaire.

En procédant par ordre, on rencontre dans l'épithélium de revêtement une infiltration leucocytaire plus abondante autour des vaisseaux, sur certains points cette infiltration réussit à s'insinuer parmi les diverses cellules épithéliales cylindriques ou pavimenteuses.

Sur les points où l'on rencontre des glandes mucipares, c'est-à-

dire dans la portion médiane de la glotte, celles-ci sont environnées d'une abondante agglomération de globules blancs. On relève le même fait dans les interstices entre le faisceau et le faisceau musculaire, sans toutefois que les fibres elles-mêmes présentent aucune altération apparente.

La méthode de Lowit Cipollone ne révèle pour les muscles et les fibres nerveuses que des faits analogues à ceux que l'on a observés chez les animaux normaux. Tous les vaisseaux renferment des hématies en quantité avec de nombreux globules rouges nucléaires et blancs; les parois vasculaires semblent saines.

Je n'ai pas la prétention de solutionner en quelques lignes tous ces problèmes qui, à première vue, pourraient revenir à la mémoire des lecteurs de ce travail.

Nos intentions sont modestes et visent uniquement à appeler l'attention sur un sujet déjà étudié, mais présentant encore beaucoup d'obscurités.

Ces recherches ont acquis une saveur nouvelle depuis que les spécialistes se sont occupés d'un des problèmes les plus intéressants de la rhino-laryngologie, celui de la phonation qui, d'après nous, ne peut se borner exclusivement au champ physiologique et pédagogique et qu'il faut étendre à l'anatomie.

Non seulement la phonétique doit être envisagée à l'état physiologique d'après l'âge, le sexe, la race, la nationalité, le langage, mais encore selon les diverses modifications de structure que peut subir l'organe vocal sous l'influence de certains états morbides (adénoïdisme, acromégalie, syndromes pluriglandulaires de nature endocrine) comprenant tous les troubles fonctionnels et les modifications anatomiques auxquels est soumis l'organe vocal des eunuques, des myxœdémateux et des enfants porteurs de lésions du thymus.

Bien que restreintes, nos recherches macro et microscopiques sont suffisamment convaincantes pour confirmer ce qui a été dit dans les précédents chapitres sur les modifications que subit le squelette cartilagineux du larynx, par le fait de l'âge ou de la suppression des glandes sexuelles masculines, bien que ces faits ne puissent être définitivement rattachés à l'influence des organes glandulaires.

Nous avons voulu prouver, en supprimant le corps thyroïde, qu'en réalité l'organe vocal est sensible à une action dirigée par une fonction déviée, accrue ou atténuée par ces appareils glandulaires.

Il faudrait, bien entendu, pour compléter le présent travail,

rechercher de quelle manière la phonétique et son inéluctable base anatomique doivent être modifiées par diverses conditions physio-pathologiques et par rapport aux diverses glandes à sécrétion interne.

BIBLIOGRAPHIE

- BERTELLI. Della morfologia e dello sviluppo della laringe negli uccelli (Arch. Ital. di Otiatria. Vol., XII, p. 135, 1908).
- BONANNO (G.). Sulle modificazioni di struttura delle cartilagini laringee nelle diverse età con speciale riguardo alla loro ossificazione (Ricerche fatte nel laboratorio di anatomia normale della R. Università di Roma, Vol. XIII. fasc. 3 e 4, p. 223, 245, 1908).
- BRUNETTI (Fed.). Ricerche anatomiche ed anatomopatologiche delle terminazioni nervose nei muscoli intrinseci della laringe umana (Arch. Ital. di Laringol. anno XXIX, fasc. 2, avril 1909).
- CASSERIUS (J.). De vocis auditusque organis historia (Ferrare, 1600).
- CIPOLLONE. Ricerche sulla anatomia normale e patologica delle terminazioni nervose nei muscoli striati (Supplem. degli Annali di Med. Navale anno 3, 1897).
- GERONZI (G.). Sulla presenza di gangli nervosi intramuscolari in alcuni muscoli intrinseci della laringe (Arch. Ital. di Lar. fasc. 4, anno XXXV).
- GRABOWER. Ueber Nervendigungen in menschlichen Muskel (Archiv f. Mikr. Anat. h. 2, 1902).
- KUHNE. Neue untersuchungen über motorische Nervendigungen (Zeits. f. Biol. 1887).
- MASINI. Ricerche preliminari sulla fisiopatologia di alcuni muscoli della laringe (Arch. Ital. di Lar. 1891, p. 215).
- MAYER. Les organes de la parole et leur emploi pour la formation du langage (Paris, 1885).
- MICHEL-DANSAC (A.) Lésions des nerfs dans les aryténoïdites tuberculeuses. (Ann. des Mal. de l'Oreille. Vol. XIV, 1894).
- ONODI. Die Innervation des Kehlkopfes. Der Sympathicus in der Innervation des Kehlkopfes (Vienne, 1895, p. 48).
- PLASCHKO (A). Die Nervenendigungen und Ganglien der Respirationsorgane (Anat Anzeiger, Bd 10, 22).
- SAKUTARO KANO. Beitrag am Fernen Bau des Kehlkopfes (Zeits. f. Ohrenh. Vol. 61, p. 121, 145, 1910).
- SCHEIER (M.). Le larynx des eunuques (Arch. Intern. de Lar. Otol. et Rhin., p. 67 et 405. 1902).
- SOLMI (E.). Il trattato di Leonardo da Vinci sul linguaggio « De voce » (Arch. storico lombardo, settembre 1906).
-

VII. — PHONÉTIQUE

I

REGISTRES VOCAUX ET LEUR UNION ¹

Par **M. A. LAFONT** (de Nancy).

On appelle registre vocal une série de sons ayant un même centre de résonnance, et non, comme le disent certains physiologistes, une série de sons ayant le même mécanisme, car, quel que soit le son, on peut pour son émission employer des mécanismes différents, tandis que la résonnance est une et immuable. Or chaque registre possède un centre résonnant déterminé, de même qu'il a une limite parfaitement établie tant au grave qu'à l'aigu.

Les savants physiologistes Lennox Browne et Emile Benk ont qualifié les registres de la voix suivant les diverses positions que prennent les cordes vocales et leurs bords vibrants dans l'émission des sons. D'après leurs observations laryngoscopiques démontrant les divers déplacements vibratoires des cordes vocales on devrait ainsi dénommer les registres vocaux : épais inférieur, mince inférieur, épais supérieur, mince supérieur et enfin petit registre.

Je ne contesterais pas ces diverses qualifications ou appellations si, d'une part, il n'existait qu'un procédé pour l'émission des sons sur toute l'étendue de l'échelle vocale, lequel procédé consisterait, par exemple, en l'amincissement des bords vibrants des cordes vocales, et si, d'autre part, à côté de leur source originaire, les sons, pour prendre une forme, avoir une couleur, revêtir un caractère enfin, n'étaient pas obligés d'avoir recours aux autres organes.

Or, il est démontré qu'il existe plusieurs procédés pour modifier la hauteur du son ; en outre le son purement laryngien, c'est-à-dire isolément émis sans le secours des résonnateurs, aura toujours la même qualité ; les expériences faites par Muller nous ont démontré l'uniformité des sons émis par un larynx sectionné.

Il y a encore une autre objection qu'il est permis d'émettre et qu'on doit prendre en considération, c'est l'homogénéité de la voix. Je sais bien que cette dénomination des registres vocaux n'exclut pas l'usage des résonnateurs, mais elle en diminue beaucoup leur importance concurrentielle. A mon humble avis, je crois qu'on devrait définitivement

1. Extrait des Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, séance de la Réunion biologique de Nancy du 19 mars 1912, t. LXXII, p. 630.

vement adopter pour la dénomination des registres vocaux le nom de la partie amplificatrice, c'est-à-dire de la partie résonnante.

Or, ces centres de résonnance pour les divers registres sont : sur la poitrine, registre grave, dans les cavités des fosses nasales pour le registre aigu voix d'homme et médium voix de femme ; et enfin dans toutes les cavités de la tête pour le registre de tête. En un mot leur dénomination serait de : poitrine, registre grave, pharyngo-nasal, registre du médium voix de femme et aigu voix d'homme, et enfin registre de tête.

Bien que je puisse certifier l'exactitude de ces variétés de centres résonnants, ayant chaque jour, au cours de mes leçons, l'occasion de les contrôler, je me propose de faire des études expérimentales à l'aide d'appareils enregistreurs et d'apporter ainsi la preuve irréfutable des faits énoncés. Ces expériences seront faites au laboratoire de M. Charpentier.

Il est évident que chaque son et dans chaque registre, dans la progression ascendante, subit vis-à-vis de la cavité de résonnance une progression ascendante, et c'est ainsi que nous éprouverons des sensations vibratoires moins fortes dans les sons élevés du registre de poitrine que dans les sons graves ; de même dans le registre pharyngo-nasal, les sons graves de ce registre auront une résonnance plus intense dans les cavités des fosses nasales que les sons aigus, et ceci, pour deux causes différentes purement mécaniques, le relèvement du larynx, et aussi le relèvement du voile du palais. Ces mouvements, quoique très minimes, auxquels vient s'ajouter une ouverture buccale un peu plus grande, suffisent à la déviation de l'air vibrant, c'est-à-dire du son lui-même, mais ne diminuent pas son ampleur.

C'est l'appréciation erronée de ces mouvements qui a fait établir la fameuse légende que les forts ténors ne chantaient qu'en voix de poitrine de bas en haut de l'échelle vocale, et qu'on a baptisé l'inoubliable *ut* de Tamberlik l'*ut* de poitrine.

Le registre de poitrine est très court dans la voix de femme ; commençant au *do* au-dessous de la portée, il s'étend au *mi* naturel pour les soprani et encore pourrait-il s'arrêter au *mi* bémol première ligne pour les soprani légers ; le second registre pharyngo-nasal ou du médium commence au *fa* première interligne et s'étend au *mi* bémol quatrième interligne ; le registre de tête ou troisième registre commence au *mi* naturel et atteint les limites extrêmes de la voix.

De l'union parfaite des registres dépend l'homogénéité de la voix. Étant donné que dans le registre de poitrine les sons sortent

pleins et ronds, il faut que ceux des registres supérieurs, c'est-à-dire le médium et le registre de tête, aient ou acquièrent une ampleur égale, et pour cela il faut faire appel aux organes résonateurs ou amplificateurs, ce qui nécessite l'emploi d'une voyelle *fermée*, différente de celle du registre de poitrine qui, elle, peut et doit être une voyelle *ouverte*. Ceci nous amène à dire que l'union des registres ne peut se faire qu'au moyen de l'*allongement* du tube vocal ou de son *raccourcissement*. L'allongement s'opère dans la progression *ascendante*, c'est-à-dire partant de la limite aiguë du registre grave (de poitrine) au commencement du registre suivant. La même modification se produira entre le deuxième et troisième registre mais, toutefois, on emploiera une voyelle un peu plus ouverte que dans le second registre, ce qui augmentera l'ouverture buccale.

L'allongement du tube vocal est produit : 1° par l'abaissement du larynx qui entraîne le pharynx par sa partie inférieure ; 2° l'abaissement du voile du palais imposant au son le parcours du tube pharyngien jusqu'aux cavités supérieures ; 3° le port des lèvres en avant rétrécissant et allongeant l'ouverture buccale.

Le raccourcissement se produit inversement, c'est-à-dire par l'élévation du larynx au-dessus de sa position normale, l'élévation du voile du palais et enfin les lèvres reportées à leur position naturelle ou bien retirées en arrière comme pour sourire.

ESSAIS SUR LA VOIX

(Suite.)

Par **A. THOORIS** (de Paris),
 Assistant au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France,
 Chef du laboratoire militaire de biologie expérimentale
 et de morphologie.

Mouvements de la langue.

Les muscles de la langue s'insèrent à la base du crâne, à la mâchoire inférieure et à l'os hyoïde qui est une véritable partie osseuse de la langue. Cet os hyoïde prendrait donc une position

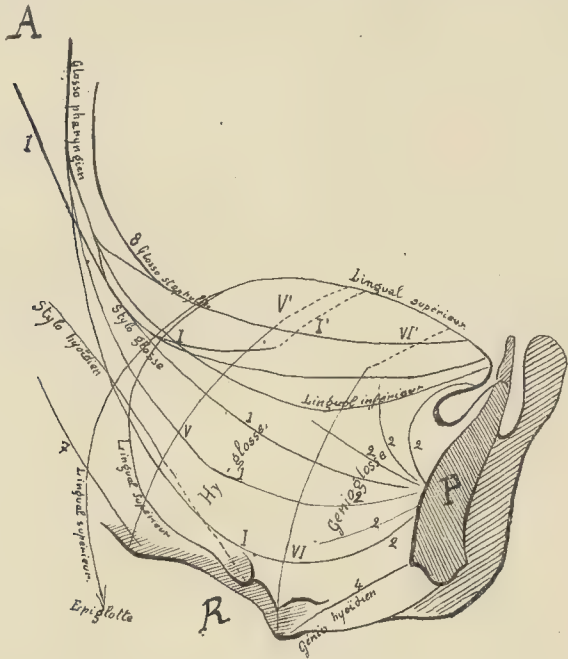


FIG. 1. — Coupe sagittale et schématique de la langue.

P, mâchoire. — R, os hyoïde.

haute réglée exclusivement par la traction des fibres musculaires dans la direction de l'apophyse basilaire d'une part et du menton d'autre part, s'il n'était retenu en bas par le larynx et secondairement par le sternum. Le schéma de la fig. 1 qui est une coupe sagittale de la langue donne l'image approximative et simplifiée d'un levier dont la résistance R serait intermédiaire entre la

puissance A et le point d'appui P, ce point d'appui étant mobile. *A priori* on comprend que le mécanisme du système sera d'autant plus régulier et précis que, pour un phonème donné, les points A et P seront fixés dans l'espace. La fixation optima étant exactement obtenue, le problème phonateur, en ce qui concerne les variations du volume lingual, sera ramené à une question d'équilibre entre la résistance opposée par les muscles thyro-hyoïdiens et sterno-hyoïdiens et la puissance des actions musculaires sus-hyoïdiennes.

On remarquera d'ailleurs la continuité du muscle transverse de la langue et du pharyngostaphylin, muscle du pilier antérieur (voy. fig. 2, II). Ce système musculaire constitue le sphincter postérieur de la cavité buccale, comme l'orbiculaire des lèvres en constitue le sphincter antérieur ; la continuité des faisceaux supérieurs du génioglosse (fig. 1, 2) avec les fibres du styloglosse (1) ; des faisceaux inférieurs du génioglosse (2) avec le pharyngo-staphylin (fig. 2, 2) qui n'est qu'un prolongement du constricteur supérieur du pharynx. Le constricteur moyen lui-même a des connexions directes avec le génioglosse (fig. 1-2). On comprendra dès lors le synchronisme musculaire de la langue et du pharynx dans la phonation.

Le lingual inférieur (fig. 1) raccourcit la langue et porte sa pointe en bas et en arrière contre le filet (*g, k, j, les o et les u*). On observera que le lingual inférieur ne peut se contracter sans que le pharyngostaphylin et le constricteur supérieur participent à sa contraction, puisque leurs fibres constituent en somme un seul et même muscle et qu'ils ont, comme on le verra, la même innervation. En aucune région du corps, on ne saisit plus nettement comment l'unité anatomique diffère de l'unité physiologique. La plupart des muscles de la langue comportent en effet des fonctions différentes suivant les faisceaux considérés. C'est ainsi que les styloglosses incurvent la langue transversalement en gouttière par leurs faisceaux supérieurs, l'attirent en arrière par les moyens et en haut par les inférieurs.

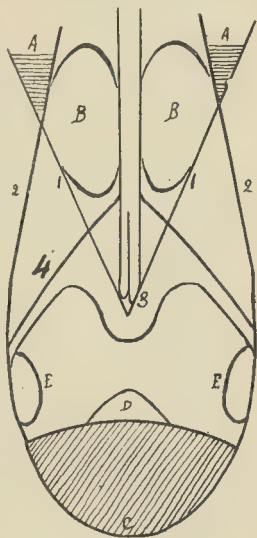


FIG. 2.

Sphincter postérieur de la cavité buccale.

A, trompes. — B, choanes. — 1, péristaphylin interne. — 3, muscle azygos (luette). — E, amygdales. — 2, pharyngostaphylin. — 4, glossostaphylin. — C, muscle transverse de la langue. — II, pointe de l'épiglotte.

Les conclusions anatomiques admises par les auteurs ne donnent aucun éclaircissement au sujet de la synergie musculaire des muscles linguaux et pharyngiens. D'après eux, l'innervation du pharynx serait différente de celle de la langue et serait due aux éléments du pneumogastrique dérivés de la racine bulbair du spinal. Mais, d'après Tooth et Turner, le constricteur supérieur du pharynx serait innervé par le grand hypoglosse. Le synchronisme nerveux serait ainsi parfaitement expliqué.

Il serait opportun d'autre part de refaire l'étude de l'innervation des mylohyoïdiens. Qu'on observe un chat étendu sur le travail, et chez qui on provoque des miaulements énergiques, après avoir découvert les muscles sushyoïdiens ; au cours des cris, des mouvements de déglutition se produisent ; on sera frappé de la différence considérable d'intensité de contraction entre les mouvements des mylohyoïdiens dans la phonation et les mêmes mouvements dans la déglutition. On est amené à se demander si le grand hypoglosse n'apporterait pas, par son anastomose avec le pneumogastrique, des éléments de l'accessoire de Willis qui interviendraient dans l'acte de déglutition, l'acte phonateur relevant exclusivement du grand hypoglosse proprement dit.

La langue est douée d'une sensibilité tactile qui lui permet de reconnaître par sa partie antérieure des écarts de $7/10$ de millimètres entre les pointes d'un compas effilé. Cette sensibilité, susceptible d'être augmentée par l'éducation, est particulièrement favorable à la réussite des procédés phonotactiles usités par les phonéticiens dans les exercices de chant et d'orthophonie.

On ne s'occupe ici que du rôle phonateur des muscles de la langue. Dans notre étude des mouvements aériens on a déjà pu se donner une idée du rôle répartiteur de la langue dans le régime du souffle. La face supérieure et postérieure de cet organe constitue la paroi antérieure du canal vocal et le déplacement de cette paroi agrandit ou rétrécit le diamètre sagittal de ce canal. La variation de ce diamètre retentit évidemment sur la vitesse et la direction du courant. D'autre part les bords latéraux interceptent les fuites latérales du souffle et on a vu que, pour certaines voyelles et certaines consonnes, les tubes à fumée introduits entre les dents et les joues accusaient, dans ces régions, un repos des vents qui contrastait avec leur activité dans le P.V.S.F.

Inversement la consonne *l* révèle, par les tubes à fumée, une vitesse médiane presque nulle par rapport aux vitesses latérales qui sont au contraire très accentuées. On n'insistera pas, pour le moment, sur le rôle important de la langue dans la dérivation du courant vers l'échappement nasal.

On a vu d'ailleurs, que le pelotonnement de la langue en arrière chez le chat et chez l'homme amenait le long du plancher un courant négatif secondaire. Son avancement qui découvre au contraire l'arrière-bouche au lieu de découvrir le plancher, permet de constater un courant secondaire négatif qui se dirige directement vers la base de l'épiglotte. On sait l'importance de ces courants dérivés dans la formation des bruits de frottement qui s'ajoutent au son laryngien et leur rôle dans l'excitation du timbre.

L'examen visuel des mouvements de la langue pendant l'acte phonateur n'est permis que pour les phonèmes à grande ouverture labiale. L'observation par la vue devient plus difficile, voire même impossible avec les petites ouvertures. Toutefois, dans certains cas, on peut surprendre, avec un bon éclairage, le déplacement de tel point de la langue ou profiter de la perte d'une ou deux incisives chez tel ou tel sujet. Il ne s'agit plus alors que de données partielles qu'il convient de compléter par des inductions expérimentales.

On peut encore se rendre compte des mouvements de la langue en provoquant leur exagération par un dispositif arbitraire dont la légitimité ne vient que de l'utilité qu'on en retire. En ce cas, on peut observer les mouvements linguaux des phonèmes à petite ouverture en se rappelant toutefois l'amplification artificielle qu'on a suscitée. On verra en effet que les mouvements de la langue sont fonctionnellement liés à ceux des lèvres et des mâchoires. *Empêchez* ces derniers mouvements, vous déterminez des *mouvements linguaux compensateurs*.

L'étude des mouvements aériens et musculaires m'a amené insensiblement au choix d'une idée directrice dans l'ordre de mes observations et de mes expériences. Cette idée directrice dérive de la ressemblance frappante entre les phénomènes sonores qui se passent dans la bouche et ceux des résonateurs.

On sait que, toutes choses égales d'ailleurs, la capacité du résonateur est d'autant plus grande qu'il s'accorde mieux aux sons graves.

Le résonateur universel de Rousselot, dont je présente ici une photographie (fig. 3) ¹, va me permettre d'exposer succinctement les faits phonétiques relatifs à la similitude qui nous occupe.

Qu'on émette d'abord la série des voyelles en voix chuchotée, avec un minimum d'effort et de souffle, dans une embouchure d'aluminium communiquant au moyen d'un tube de caoutchouc

1. Voy. prochain n°.

terminé par une olive auriculaire avec l'oreille, on entendra une série de sons dont l'ordre sera, pour les voyelles, différent de celui que j'ai adopté pour la commodité de mes recherches. On sait que la classification phonétique des voyelles est tout autre que la classification physiologique et exige même une notation contraire, le signe (') signifiant grave, le signe (') aigu et les expressions *fermé* et *ouvert* désignant non plus l'ouverture des lèvres, mais l'écartement des mâchoires.

Quoi qu'il en soit, on note que la hauteur du son chuchoté monte dans l'ordre suivant :

ù, u, ú, ò, ô, o, ô, ô, ô, à, á, a, à, à, è, e, è, e, è, i, í

et pour la série des voyelles médio-antérieures (voy. 2^e série) :

æ, æ, æ, æ, æ, ù, u, ú¹.

Si l'on chuchote ces voyelles dans l'ordre où je viens de les énumérer, dans une chambre silencieuse, de préférence la nuit, en émettant chaque son devant l'ouverture du résonateur universel, la tige du piston, mobile dans le cylindre et qu'on retire du tube au moyen d'une crémaillère, atteint la limite de sa course pour ù et rentre presque complètement dans le cylindre pour i. La partie du cylindre entre l'ouverture et le piston donne la capacité du résonateur. Une graduation permet de la lire.

Pour justifier la comparaison de la bouche au résonateur universel et de la langue au piston, il faut émettre la série des voyelles avec une ouverture constante des lèvres et un écartement constant des mâchoires. L'écartement des mâchoires ne pourra plus ainsi varier les dimensions du résonateur, et la langue sera obligée de travailler seule à cette besogne.

Je fais l'observation suivante : Je chuchote successivement á aigu correspondant à l'à ouvert de la classification physiologique, a moyen et à grave, ce dernier : un bel à ouvert, comme disent les Allemands et les professeurs de chant (en entendant par ouvert : l'ouverture des mâchoires et non celle des lèvres). Je constate de á en à une fermeture progressive de l'articulation labiale, un écartement progressif des dents et une légère élévation progressive de la langue dont la partie la plus élevée recule en même temps de á en à. En à, la pointe de la langue quitte même le contact des incisives inférieures et découvre en arrière leurs alvéoles.

Je recommence à articuler á, a, à en maintenant cette fois avec

1. Voy. *Revue de phonétique*. Rousselot, Classification des voyelles orales. Tome I^{er}, 1^{er} fasc., p. 17, 1911.

l'ouvre-bouche d'O'Dwyer un écartement constant des mâchoires et en m'efforçant de ne pas bouger les lèvres. J'émetts facilement *à* aigu, difficilement *a* moyen, et ma tentative pour émettre *à* grave avorte en un bruit guttural informe qu'accompagne une sensation désagréable de grattement et d'effort dans l'arrière-gorge. Je constate, d'autre part, un pelotonnement énergique et progressif de la langue qui se tasse en arrière à son maximum pour émettre, mais en vain, *à* grave. Que s'est-il passé? L'écartement forcé des maxillaires augmente la capacité du résonateur buccal et l'aggrave, mais la grande ouverture labiale parallèle l'élève. Ma langue étant presque au repos, j'obtiens dans ces conditions un *à* aigu satisfaisant. Le piston lingual va reculer déjà considérablement pour agrandir le résonateur où devra se former la voyelle *a*; l'effort de recul atteint son maximum pour *à*, mais échoue faute de capacité. On y arrive en présentant en même temps devant la bouche un tube de carton de même diamètre que celui de l'ouverture buccale. Cet appoint augmente l'épaisseur de l'orifice et supplée ainsi au défaut du volume, à moins qu'elle n'agisse en augmentant ce volume. Faisons la contre-épreuve. Je place l'ouvre-bouche dans le P.V.S.F entre les incisives supérieures et inférieures, au lieu de l'appliquer aux molaires, et laisse toute liberté à mes lèvres. Les commissures pouvant se rapprocher, j'émetts un *à* aussi grave qu'on le voudra et la langue reste en contact avec les dents inférieures. Qu'on maintienne de nouveau l'ouvre-bouche au niveau des molaires et laisse les mouvements des lèvres libres; l'effort de fermeture de celles-ci se traduira par une grimace caractéristique trahissant un effort compensateur de la commissure labiale opposée et qui s'efforce de se rapprocher de la commissure écartée pour diminuer l'ouverture. Il s'agit là, non pas de mouvements nuancés, difficiles à saisir, mais de mouvements grossiers, violents, et, par conséquent, très faciles à observer. On peut les résumer par cette loi : *Toutes choses égales d'ailleurs* (même écartement des mâchoires et des lèvres), *la contraction de toute la masse linguale est en raison directe de la gravité du phonème chuchoté.*

Inversement, je chuchote la voyelle la plus aiguë *i* en maintenant une ouverture constante des dents et des lèvres; je constate un travail considérable de la langue, mais tout différent. La langue, au lieu de se tasser en arrière, se tasse en haut et en avant comme pour diminuer quand même la capacité du résonateur. Mes graphiques des mouvements du plancher sont très suggestifs à ce dernier point de vue. Qu'on se place un doigt sur la base de la langue et, avec une ouverture constante des

dents et des lèvres aux limites de l'ouvre-bouche, qu'on essaie d'émettre *i*, on verra que toute la base de la langue se porte en avant et en haut, tandis que pour *à* elle se portait tout entière en bas et en arrière. Ici la langue forme dos d'âne, versant postérieur oblique en haut et en avant, versant antérieur presque vertical et dans un plan perpendiculaire au P.V.S.F. pour *i*. Qu'on prononce successivement *è, é, i*, en maintenant le même écartement des lèvres et des dents, le versant antérieur avance en diminuant de plus en plus son obliquité; avec le doigt on se rend compte que le versant postérieur (de la base de la langue au point d'articulation) devient de plus en plus antérieur et oblique. Ce travail intensif de la partie antérieure de la langue a pour effet de diminuer quand même le résonateur, que l'ouverture transversale des lèvres a sans doute rendu plus aigu, mais que l'écartement des mâchoires, en augmentant le volume, a d'autant aggravé. Je résume : « *Toutes choses égales d'ailleurs, la langue se porte d'autant plus en haut et en avant que le phonème chuchoté est plus aigu.* »

Les deux tendances fondamentales de l'activité linguale dans le sens de la gravité et de l'acuité ayant été suffisamment précisées par le grossissement artificiel du travail de suppléance et de compensation, je passerai rapidement sur les positions de la langue caractéristiques de nos phonèmes. On sait que les deux séries *à é e é i i* et *â æ à u* et *û* sont antérieures, c'est-à-dire que la langue n'abandonne pas les incisives au cours de leur émission et que le larynx recule progressivement dans la série *â ô o ô u* et *û*. On se reportera aux ouvrages de phonétique pour de plus amples détails.

Avec un bon éclairage et chez un sujet brèche-dents, il est facile de voir s'élever progressivement la langue de *â* en *i* et le point d'articulation, c'est-à-dire la partie la plus élevée du dos d'âne se porter d'arrière en avant. En s'aidant du doigt, au lieu de la vue interceptée par la fermeture des lèvres, on se rendra compte de mouvements très analogues pour *a à æ æ u* et *û*. Pour la série *â ô u* et *û* la vue permet de saisir pour *â* et *ô* avec un bon éclairage, le recul progressif de la langue. On constate avec le doigt que de *â* en *û* la langue, outre qu'elle recule et se tasse, élève en même temps son point d'articulation qui se rapproche de plus en plus de la voûte palatine.

L'examen visuel de la langue dans l'articulation des consonnes est facilité, comme celui des voyelles chuchotées, par l'absence de quelques incisions supérieures. Il faut faire articuler les consonnes sans le secours d'aucune voyelle comme s'il ne s'agissait que de leur implosion.

p : La pointe de la langue se soulève légèrement et vient buter contre les incisives supérieures ; *t* : même position du bout de la langue qui appuie davantage contre les incisives supérieures.

m : La langue comme pour *b* mais soulèvement de la partie antérieure de la langue en deçà de la pointe qui reste contre les incisives inférieures. Pour faire cette observation il faut palper la langue avec le doigt pendant l'articulation. *n* : la langue n'a pas tout à fait la position de *d*, la pointe s'élève davantage en s'incurvant et la touche ne se fait plus contre les incisives, mais contre leurs alvéoles. Id. pour *r* lingual. *l* : le mouvement d'élévation et d'incurvation en arrière s'accroît. La touche se fait plus en arrière. Pour *n* on ne voit qu'une très faible partie de la surface inférieure de la langue, pour *l*, toute cette surface. Essayons, pour ces deux consonnes *n* et *l*, de les faire prononcer en empêchant le relèvement et l'incurvation de la langue ; on reconnaît encore les consonnes qui s'articulent par un mécanisme différent. Pour *n* la langue se porte en haut et en avant interceptant ainsi uniformément le souffle ; pour *l*, la langue ne se porte plus en masse en haut et en avant, mais n'élève que sa partie médiane, les bords latéraux restent surbaissés et permettent l'échappement latéral des courants. L'*l* anglais, prononcé par mon sujet qui est Français, reporte la touche palatale beaucoup plus en arrière encore et en haut. On voit non seulement la partie inférieure de la langue mais le raphé et le plancher, qui s'élève. En résumé de *d* en *l* (anglais) on observe un mouvement de même nature dont le degré très faible pour *d* s'accroît pour *t*, l'incurvation et le recul de la pointe s'esquissent déjà pour *n* et atteignent leur maximum pour *l* anglais.

Les consonnes *ε* et *j* pourraient, si l'on ne considérait que le recul de la pointe de la langue au ras du palais dur, être introduites entre *n* et *l*. *ε* plus près de *n* et *j* plus près de *l*, mais avec cette différence fondamentale qu'il n'y a pas de tendance à l'incurvation en haut et que la touche palatale est extrêmement légère, un peu plus accentuée toutefois pour *ε*.

Les consonnes qui précèdent correspondent à des touches palatales de la pointe ; pour les consonnes qui vont suivre, la pointe reste en bas et la touche palatale se fait aux dépens d'autres régions de la langue.

Entre *s*, *z* et *ñ* pas de grande différence dans la position de la pointe, ces trois consonnes se différencient à la vue par l'intensité et la durée du contact de la partie antérieure de la langue avec le palais.

r guttural, *v*, *g*, *k* laissent la pointe contre les dents inférieures. On constate une légère dépression antérieure qui s'accroît à mesure qu'elle recule. En même temps le dos de la langue s'élève progressivement et avec une énergie croissante. (A suivre.)

VIII. — RECHERCHES HISTORIQUES

ROLE DE CLOQUET

dans la nosologie nasale de la période présécialistique.

Par C. CHAUVEAU.

Nous avons eu précédemment à parler souvent de Cloquet lorsque nous avons exposé l'état des connaissances des médecins français de la première partie du XIX^e siècle sur l'anatomie et la physiologie du nez. Nous avons rappelé qu'il a été un vulgarisateur fort utile et que souvent il s'est montré observateur sagace et exact sur des points, il est vrai, d'importance secondaire. Ces qualités, on les retrouve quand on étudie son rôle en nosologie nasale. Profitant du vaste mouvement de rénovation qui se faisait sentir sur la pathologie tout entière, grâce aux admirables travaux de Corvisard, de Laennec, de Pinel, de Chomel, de Broussais, de Rostan, il envisage les affections du nez avec un esprit tout moderne, bien qu'il ne dédaigne pas, et avec raison, les recherches souvent fort importantes de ses devanciers des siècles précédents. En un mot, c'est un novateur comme la plupart de ses contemporains, mais sage et très averti, qui, s'il ne brille pas au premier rang, est néanmoins fort intéressant et très utile à consulter.

Les traumatismes du nez sont, comme on le sait, des plus fréquents. Ils sont déjà décrits d'une façon assez détaillée dans les œuvres hippocratiques, dans les écrits de Celse, de Paul d'Égine. Ambroise Paré les a étudiés assez longuement, et les chirurgiens français du XVII^e et du XVIII^e siècle ont fixé définitivement leur pronostic. Il restait peu à faire de nouveau sur ce sujet que seules les méthodes plastiques et surtout antiseptiques actuelles sont parvenues à rénover.

Cloquet, après avoir signalé la situation particulièrement exposée de la région, au niveau de laquelle les contusions se compliquent si souvent d'écrasement avec fractures des os : « Alors même que celle-ci est légère elle est vivement ressentie et la douleur aiguë et comme insupportable qui en résulte se prolonge dans l'intérieur des fosses nasales et détermine un écoulement involontaire des larmes ». Ce retentissement au loin de l'excitation locale, ces réflexes (on disait alors sympathies, faute de s'en expliquer le véritable mécanisme), Cloquet les attribue avec raison à la richesse nerveuse de cette partie de la face. A l'heure

actuelle, on dirait aussi que certains phénomènes, assez rares du reste, tiennent aux connexions bulbaires du trijumeau (asthme, palpitations), mais ces faits récemment signalés n'étaient pas connus de notre écrivain qui s'exprime ainsi sur ce sujet : « Le nez doit cette excessive sensibilité aux *nerfs nombreux qui l'animent* et aux membranes éminemment vasculaires qui le revêtent l'une en dehors, l'autre en dedans¹. L'abondance du sang en ce point de l'organisme, expliquerait la constance et même l'étendue des ecchymoses qu'on y rencontre à la suite d'un coup ou d'une chute ; mais l'auteur fait remarquer justement leur guérison spontanée habituelle. Il y aurait, pour le même motif, des épistaxis plus ou moins abondantes et persistantes suivant les cas ; parfois il se ferait aussi une saignée si copieuse que le malade s'en trouverait incommodé par les phénomènes d'anémie qui en résultent ; mais d'autre part, cette perte de sang « modère le gonflement inflammatoire qui suit de près la contusion » et réduit par cela même l'importance de la région phlegmasique. Ceci ferait qu'en général les traumatismes du nez, quand ils ne délabrent point par trop les parties, n'auraient pas des signes bien graves. Cependant, dit-il, « un coup violent porté sur le nez, et principalement près de la racine de celui-ci, peut donner lieu aux suites les plus funestes à cause de la commotion qu'éprouve l'encéphale. Dans cette occurrence, le nez a transmis au crâne presque la totalité du mouvement qui lui a été communiqué par le corps contondant, et cela n'a point dû avoir lieu par l'intermédiaire de la lame verticale de l'ethmoïde puisque telle partie, qui ne s'articule avec les os propres du nez qu'à un âge avancé ou seulement, ainsi que le fait remarquer Soemmering, lorsque l'épine nasale de l'os coronal (frontal) manque entièrement ou est extrêmement courte, est bien peu favorablement disposée pour la transmission d'un ébranlement considérable en raison de son élasticité et de ses connexions avec des cartilages. Elle résiste en cédant à l'effort exercé sur elle ou bien elle cède et se brise². Mais dans ces deux circonstances, elle ne

1. La grande vascularisation d'une région est utile à son bon fonctionnement et c'est pourquoi les articulations, la moelle, le cerveau sont entourés par exemple d'un réseau vasculaire à fonctions thermiques bien nettes, en même temps que l'abondance des vaisseaux assure une nourriture très large. Cette richesse en artérioles et en capillaires favorise beaucoup la cicatrisation mais aussi la phlogose de la région nasale comme de la face en général, fait qui, actuellement, est bien connu des praticiens.

2. On avait commencé à étudier expérimentalement les fractures sur le cadavre. Cloquet s'était certainement livré à des recherches de cette nature pour le nez.

saurait propager le mouvement avec assez d'intensité pour amener la fracture de la lame criblée comme on l'a prétendu ». Dans ces circonstances, Cloquet pense avec raison, que le corps contondant a porté à la fois sur la racine du nez et sur les parties voisines de l'os frontal, qui, étant massif et résistant peut propager au loin les violences qui l'assaillent ; et en effet l'expérimentation prouve que dans ces cas il peut y avoir non seulement commotion cérébrale, mais fracture irradiée à l'étage supérieur de la base du crâne pouvant intéresser la lame criblée de l'éthmoïde, la voûte de l'orbite, les petites ailes du sphénoïde, etc. Mais la perte de connaissance des malades n'est pas toujours la faute de la commotion, mais bien encore de la douleur pouvant amener un état syncopal, ou bien les connexions du trijumeau avec le bulbe amèneraient une inhibition de cette partie de l'encéphale ? Toutes ces idées, Cloquet ne pouvait les avoir, étant donné l'état rudimentaire de la physiologie sur ces phénomènes, à son époque, et l'on voit comment le développement graduel de la science peut considérablement modifier l'interprétation de phénomènes parfaitement observés par nos devanciers, mais dont ils ne saisissaient pas bien la pathogénie. Certains, du temps de notre écrivains étaient beaucoup trop portés à dire fracture du crâne là où l'idée de commotion suffisait amplement pour expliquer l'état des blessés. Cloquet fait remarquer que dans ces cas il peut y avoir épanchement de sang qui comprime le cerveau avec ou sans terminaison purulente (notre méningite consécutive ou souvent notre lepto-méningite). Il ne sait pas encore, ou plutôt il ne songe pas, bien qu'il ait décrit les sinusites frontales traumatiques ou spontanées, que l'inflammation de ces antrites frontales peut jouer un rôle important dans le développement de ces graves complications intracrâniennes quand le nez a seul été intéressé. Donc pas de fracture de la base du crâne, sauf, dit-il, peut-être chez les vieillards. Parfois les cartilages du septum pourront subir une véritable fracture comme l'aurait observé Leister (*institut. chir.*). Cloquet qui connaissait ses auteurs cite Celse « et os et cartilago frangi solet » (*De re medica*, lib. VIII, cap. 5). Il reprend ainsi : « Chez quelques vieillards seulement, où le cartilage triangulaire de la cloison est ossifié, on conçoit que celle-ci peut offrir un exemple d'un pareil accident.

« Les os propres du nez sont ceux que les fractures attaquent le plus souvent avec ceux de sa face. Leur mode d'articulation qui est tel qu'ils ont la forme d'une voûte dont la convexité est tournée en arrière semblerait cependant la mettre à même d'offrir une grande résistance. Mais il faut faire attention que ces os

sont appuyés sur d'autres os d'une extrême solidité et qui les empêchent de céder; que leur épaisseur n'est point considérable, qu'ils font une saillie très marquée et que la peau seulement les recouvre.

« L'histoire de leurs fractures ne doit, du reste, nullement être isolée de l'exposition de celle des apophyses montantes des os maxillaires supérieurs, puisque ces apophyses en concourant à la formation de la voûte représentée par le nez, partagent avec eux l'effort des agents extérieurs.

« Ces fractures sont constamment accompagnées d'une contusion plus ou moins considérable, parce qu'elles sont toujours produites par une cause directe, qui agit immédiatement sur le lieu même de la lésion et qui altère plus ou moins les parties molles. Souvent aussi une hémorragie en est la conséquence immédiate, et cette hémorragie peut être assez grave pour déterminer une syncope.

« Elles gênent la respiration, la locution et l'olfaction; elles sont quelquefois suivies de polypes et d'ulcères très difficiles à guérir, le voisinage du cerveau les rend particulièrement dangereuses; elles méritent donc la plus grande attention.

« Quelquefois un seul des os du nez peut être fracturé; mais ce cas est très rare; le plus souvent l'un et l'autre sont atteints à la fois. Dans cette dernière occurrence, la voûte qu'ils constituent peut ne présenter qu'une scissure unique, dans une direction déterminée et variable, tantôt transversale, tantôt verticale et longitudinale, tantôt plus ou moins oblique.

« Alors il n'existe aucun déplacement.

« Mais la fracture dont il s'agit peut être aussi comminutive. Alors les fragments, trop nombreux pour se prêter un appui mutuel, se déplacent et s'enfoncent vers les cavités nasales; par suite le nez est déformé, la voix altérée et la respiration gênée. Il peut encore y avoir dans ce cas, en raison de la force nécessaire pour produire un semblable effet, contusion beaucoup plus grande et quelquefois même plaie et déchirure.

« Dans certaines fractures très graves, la solution de continuité, en se propageant sur les apophyses montantes des os maxillaires supérieurs, attaque les parois de la gouttière lacrymale et du canal nasal, ce qui nuit à l'excrétion des larmes, soit immédiatement, soit seulement au bout de quelque temps.

« Plus fréquemment encore que dans les simples cas de contusion du nez, la percussion étend ici ses fâcheux effets vers le crâne et vers l'encéphale. Quand la fracture des os du nez est simple, linéaire et sans déplacement, il n'est point facile d'en

reconnaître l'existence, principalement lorsqu'il est survenu un grand gonflement aux parties molles de l'organe, ainsi que cela est le plus habituel. Mais si elle est comminutive, le déplacement des fragments et l'écrasement du nez qui en est le résultat, rendent le diagnostic des plus évidents malgré l'engorgement des parties molles.

Lorsqu'on n'a à traiter qu'une simple contusion ou une fissure des os du nez sans enfoncement, on doit appliquer sur la région malade des résolutifs ou des émollients suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas inflammation. On se gardera bien d'avoir recours à la suture, s'il y a déchirement de la peau ou des cartilages; on ne ferait qu'accroître les désordres déjà existants, mais, à l'aide d'un bandage appelé communément *épervier* on rapprochera le plus exactement les parties divisées. »

Du temps de Cloquet, il semble qu'on avait déjà quelque vague idée de l'épaississement de la pituitaire (*Ophrésiologie*, p. 696), c'est-à-dire en somme de la rhinite hypertrophique. Voici ce passage curieux par sa date déjà très ancienne :

« On voit quelquefois, soit dans les deux fosses nasales, soit dans l'une d'elles seulement, la membrane pituitaire se relâcher lentement et acquérir une épaisseur considérable, sans rien perdre de sa couleur naturelle. Cette espèce de tuméfaction est assez souvent le résultat d'une affection syphilitique, scrofuleuse ou herpétique ou celui d'un séjour prolongé dans un milieu bas et humide. Elle est quelquefois aussi une suite des désordres que produit la variole. Les personnes sur lesquelles on l'observe, n'éprouvent ordinairement d'autre incommodité que celle qui résulte d'une *oblitération plus ou moins complète* de la narine (des fosses appelées ordinairement narines dans le langage du temps par une extension vicieuse de ce terme anatomique).

« Dans le cas où l'on soupçonne que cette affection morbide est due à une diathèse quelconque, il faut chercher à combattre l'affection générale avant de recourir aux topiques; mais si le mal paraît purement local, on l'attaque à l'aide des dérivatifs, comme les exutoires et les purgatifs. Quelquefois il résiste à tous moyens employés, et alors on tâchera de faire affaïsser mécaniquement la membrane pituitaire en dilatant le méat nasal. Ledran, dans cette intention, s'est servi de cordes de boyau, qu'il faisait entrer le long du plancher de la fosse nasale jusqu'à l'isthme du gosier, et dont il augmentait successivement le volume. Il parvint ainsi non pas à guérir entièrement la maladie, mais à la rendre supportable.

« Le professeur Boyer conseille, comme un moyen plus efficace

et d'une exécution plus facile, l'introduction de canules de gomme élastique, qu'on fait porter nuit et jour au malade pendant un long laps de temps. »

Plus parfaitement décrites par l'auteur les ulcérations syphilitiques tertiaires du nez constituent un bon chapitre de l'ophrésiologie de Cloquet, qui note leur fréquence relative qui fait que dans le nez un ulcère devait toujours faire penser à la possibilité de la vérole, à leur nature jamais primitive (on ignorait complètement l'accident primitif, encore mal connu à l'heure actuelle). La céphalée est notée avec son caractère nocturne ainsi que l'obstruction; la respiration buccale qui en résulte, l'ichor qui découle des narines, la fétidité de l'haleine parfois si intense. Si la topographie des lésions est encore un peu incertaine, le caractère éminemment destructif des ulcères syphilitiques n'avait pas échappé aux excellents cliniciens et syphilographes de l'époque.

« Les ulcères vénériens de la membrane pituitaire sont plus communs que les autres (Hundertmarck prog. de ozonâ venereâ Lips. 1858). Ils ne sont jamais primitifs, c'est-à-dire produits par l'application immédiate du virus syphilitique; ils succèdent constamment à une infection générale, à la suppression d'une blennorrhagie urétrale, à la cautérisation prématurée des chancres des parties de la génération, etc.

« Leur développement est souvent précédé d'une céphalalgie beaucoup plus intense la nuit que le jour. Dans le lieu où ils doivent paraître, la membrane s'enflamme, s'épaissit et sécrète une matière muqueuse, puriforme, jaunâtre, qui se dessèche et forme des croûtes épaisses dont la présence met obstacle au passage de l'air dans l'acte de la respiration, et force le malade à dormir la bouche ouverte. Bientôt l'érosion de la membrane pituitaire commence, les douleurs nocturnes se manifestent, une humeur ichoreuse fétide et quelquefois mêlée de sang, s'écoule alors par les narines; elle ne tarde point à devenir noirâtre et plus fétide, le mal faisant des progrès et les os eux-mêmes étant affectés.

« On voit même assez souvent des portions de ceux-ci se détacher et sortir avec le pus. La marche de l'affection est constamment des plus rapides, et il n'est point rare de voir en huit ou dix jours, le vomer et les cornets rongés par la carie.

« Quand un pareil ulcère est placé sur la *cloison*, celle-ci est détruite et en peu de temps, et il s'établit une communication entre les cavités droite et gauche. Le *vomer* et la *lame verticale de l'ethmoïde* peuvent être totalement rongés, et, dans ce cas,

les os propres du nez n'étant plus soutenus, l'organe s'affaisse et perd sa forme naturelle ou bien parfois ces os eux-mêmes sont attaqués et se détachent, de façon que le nez cesse d'être saillant.

« Si le siège du mal est sur la *paroi externe de la cavité olfactive*, l'orifice inférieur du canal nasal est fermé par le gonflement de la membrane pituitaire et il s'établit un épiphora ; la chute des cornets moyen et inférieur peut même s'effectuer par la suite. Dans tous les cas, il y a affaiblissement de l'olfaction ou même anosmie complète et altération complète du timbre de la voix. »

En outre du mercure, Cloquet, comme la plupart de ses contemporains, croit à l'efficacité du bois de gaïac et de la salsepareille.

« Il faut, lorsqu'on a un pareil ulcère à traiter, se hâter autant que possible de l'attaquer par un traitement antisypilitique général, et l'on préférera dans ce cas, les sudorifiques concentrés à tout autre moyen, ou du moins on les combinera méthodiquement avec les mercuriaux.

« Ce traitement au reste doit varier, comme il est facile de le sentir, suivant l'âge du sujet, la nature des symptômes qui accompagnent l'ulcère, leur ancienneté, etc. » L'auteur recommande aussi des détersifs locaux.

« En même temps on nettoiera fréquemment les parties affectées, par des injections d'eau de chaux tenant en dissolution une petite quantité de deutochlorure de mercure, ou d'une décoction d'orge chargée de teinture de myrrhe et d'aloès et d'un peu de miel rosat.

« Quelques praticiens conseillent encore de faire parvenir dans la fosse nasale qui est malade, les vapeurs de sulfure de mercure ou celles du laudanum, du styrax, du mastic de Chio, etc. » qui seraient moins irritantes pour les poumons.

(A suivre.)

IX. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. — UN CAS D'HÉMATOME DE LA PAROI PHARYNGÉE¹.

Par **Ernest BOTELLA** (de Madrid).

[Traduction par B. DE GORSSE, de Luchon.]

Bien que l'hématome soit une lésion banale, sa présence sur la paroi pharyngée est un fait si rare que, parcourant la littérature de la spécialité de ces dix dernières années, nous n'en avons trouvé aucun cas; c'est pour cela que nous communiquons celui-ci au Congrès.

Il s'agit d'une demoiselle de 26 ans, opérée à 12 ans de *tumeur blanche* du genou droit, opérée à 15 ans de pleurotomie; avec infarctus ganglionnaires du cou, et qui n'a jamais souffert de la gorge; elle me fut adressée par Espina le 16 février passé, et me raconta, qu'il y a un mois, en dormant, elle eut une sensation intense de gêne dans la gorge; elle toussa beaucoup et très fort, et le jour suivant elle remarqua qu'elle crachait un peu de sang; sa sœur lui regardant la gorge vit qu'elle avait dans celle-ci une grosseur du volume d'une griotte. Ce fait qu'elle crachait continuellement du sang, plus que cette grosseur, inquiéta la famille à cause des antécédents tuberculeux de la malade; on décida de consulter Espina qui nous adressa à son tour la malade étant donné qu'il s'agissait d'un cas de spécialité.

Examen. — Sur la paroi latérale gauche du pharynx, derrière le pilier postérieur, et pour ainsi dire plaquée contre lui, existe une tumeur de couleur rouge violacé et de la forme d'une grosse sangsue, dont la bouche serait implantée derrière l'arc du voile; la partie supérieure visible sur la moitié d'un demi-centimètre; la partie inférieure qui atteignait le niveau de la base de la langue, avait la grosseur d'une griotte; par rhinoscopie postérieure on pouvait apprécier sa limite réelle qui atteignait le bourrelet du pavillon de la trompe; sa surface était arrondie, égale, sans battements ni vascularisation, et se continuait sans ligne de démarcation bien définie avec la muqueuse de la paroi pharyngée; avec le stylet et le toucher digital, on percevait sa consistance molle et dépressible, sans rénitence ni fluctuation.

Influencé par les antécédents de la malade, nous pensâmes aussitôt qu'il s'agissait d'un tuberculome; mais sa couleur rouge violacé de sang veineux, l'histoire de sa formation soudaine et le fait qu'elle était dépressible, nous induisirent à penser qu'il s'agissait d'un hématome ou d'un angiome; et afin d'éclaircir le diagnostic, nous nous décidâmes à faire une ponction exploratrice. Après légère anesthésie de la région à la cocaïne, nous fîmes une ponction au

1. Communication au IV^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie, à Bilbao.

galvano-cautère; il sortit quelques gouttes de sang foncé, et la tuméfaction s'aplatit immédiatement en grande partie; la surface retrouva la coloration de la muqueuse environnante. Il n'y avait pas de doute qu'il s'agissait d'un hématome, produit probablement par la rupture de quelque petite veine; le sang s'était infiltré dans le tissu sous-muqueux, se collectant dans la partie la plus déclive et repoussant la muqueuse; d'où sa formation soudaine et pour ainsi dire sa disparition par ponction exploratrice, disparition qui n'eût été que partielle s'il s'était agi d'un angiome; dans ce dernier cas, du reste, le sang n'aurait pas cessé de couler.

Le traitement fut très simple; il se réduisit à trois cautérisations galvaniques, assez profondes, en vue de souder, par cicatrisation, la muqueuse au tissu sous-muqueux, en faisant disparaître la cavité formée. La guérison fut complète, et la malade vue quelques mois plus tard, ne présentait aucun signe de lésion: la paroi pharyngée était tout à fait lisse et de couleur normale.

La veille de la fermeture de notre Consultation de l'Hôpital Royal du Buen Suceso, nous eûmes l'occasion de voir un cas d'angiome que nous allons rapporter succinctement pour montrer les différences.

Obs. n° 5660. — J. M., de 17 ans, raconte que depuis peu il a remarqué une tache à demeure sur le voile du palais et une légère augmentation de volume de la luette; cela a augmenté depuis décembre dernier, et il a ressenti quelque gêne, quelque sensation de trouble à la déglutition, surtout pour les liquides.

Examen. — Sur le repli médian, et de là jusqu'au côté gauche, à l'union du voile mou avec le voile osseux, on voit à travers la muqueuse une tache violacée qui arrive jusqu'à la base de la luette; la coloration diminue en arrivant à cette dernière. La base de la luette depuis le bord droit jusqu'un peu en arrière du bord gauche, est entourée d'une masse bleuâtre, légèrement globuleuse en certains points, comme si elle était variqueuse; la pointe de la luette est complètement libre; la cupule de la fosse amygdalienne est libre également, bien que la masse s'y propage légèrement; cette dernière est facilement dépressible.

Comme la Consultation se fermait ce jour-là, et que la gêne n'était pas trop grande, nous n'instituâmes aucun traitement, renvoyant le malade en octobre prochain; nous ferons probablement l'électrolyse ou nous injecterons quelques gouttes d'eau oxygénée; ce sont là de meilleurs procédés, étant données les petites dimensions de la tumeur, que l'extirpation qui fut celui que nous utilisâmes dans un cas d'angiome assez volumineux de la langue que nous avons publié dans « el Siglo Médico ».

II. — ABCÈS SOUS-GLOTTIQUE STÉNOSANT OPÉRÉ D'URGENCE PAR LES VOIES NATURELLES. GUÉRISON¹.

Par le Prof. **A. TORRETTA** (de Gênes).

Un entrepreneur, âgé de 41 ans, habitant les environs de Gênes vient me consulter pour un embarras respiratoire accompagné de fièvre. Il raconte qu'il s'est levé pour venir en ville, et qu'au cours du trajet de voiture il eut deux crises de suffocation. Les personnes qui l'accompagnent disent qu'il est malade depuis une semaine et que ses souffrances ont débuté par de l'inappétence, de la fièvre, des frissons et une tuméfaction du cou qui s'accrut au point de provoquer des accès de dyspnée répétés, des troubles de la déglutition et de la dysphonie.

Lors d'un examen sommaire, le cœur et les voies respiratoires semblent normaux.

En examinant le cou, on découvre une tuméfaction uniforme qui détend fortement la peau. Depuis la pomme d'Adam, jusqu'à la fosse jugulaire, le cou est hypertrophié, tendu, mais la peau a une coloration normale.

Au toucher, on a l'impression d'une dureté ligueuse qui empêche de percevoir les cartilages sous-jacents. Pas de fluctuation.

A l'examen direct, on trouve le pharynx nasal normal. La muqueuse laryngienne est légèrement rouge; les cordes vocales ont une coloration normale, adduction incomplète, surtout dans la région antérieure de la fente glottique.

Lorsque le malade respire tranquillement, on voit sous la commissure antérieure une tuméfaction du volume d'une grosse amande, revêtue d'une muqueuse très rouge qui occupe la majeure partie de l'orifice trachéal.

Vu l'état du malade et redoutant une nouvelle crise dyspnéique, on décide l'intervention immédiate. Le moyen le plus rapide d'atteindre la suppuration consiste à inciser l'enflure sous-glottique. Étant donné l'absence de fluctuation de la région externe du cou, la recherche du pus par l'incision des diverses couches de cette région offrait des difficultés, elle était impossible à effectuer sans anesthésie et je dus y renoncer n'ayant pas d'aides à ma disposition.

Si l'incision par les voies naturelles avait fait jaillir une grande quantité de pus, elle aurait pu déterminer une pneumonie par ingestion dangereuse pour le malade.

On choisit l'intervention endo-laryngienne directe sous anesthésie locale. Tandis que le malade est invité à respirer tranquillement,

1. Communication à la XIV^e réunion de la Soc. italienne de laryngol., otol. et rhin. Rome, octobre 1911.

j'incise la tuméfaction sous-glottique avec une pince laryngienne coupante de Walb, du dernier modèle.

Sitôt l'instrument retiré, la plaie livre passage à une masse de pus crémeux, jaunâtre.

Simultanément, avec l'aide des personnes accompagnant le malade, je mets ce dernier dans la position de Rose. La valeur d'une cuillerée à soupe de pus s'échappe par la bouche et les narines.

Lavages buccaux répétés à l'eau oxygénée. Le malade s'assied et se trouve si bien qu'il rentre chez lui au bout d'une demi-heure, le lendemain il respire plus facilement et l'état général est meilleur.

Au bout de huit ou neuf jours, la peau du cou, surtout vers la ligne médiane de la tuméfaction, commence à rougir, au toucher on sent une fluctuation profonde. Incision sur la ligne médiane de 1/2 centim. sous le cartilage cricoïdien jusqu'à la fosse jugulaire. Après avoir écarté les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens et incisé l'aponévrose dans la région correspondant à l'isthme thyroïdien on vit jaillir du pus en abondance. Tamponnement suivi de guérison en une quinzaine de jours.

Il s'agissait certainement dans ce cas d'un abcès de l'isthme thyroïdien (thyroïdite aiguë supérieure) dans la portion qui adhère à la trachée. Pour des raisons anatomiques inhérentes au sujet et pour d'autres raisons imprécises, le pus se fraya un chemin sous la muqueuse trachéale avant de faire son apparition vers les téguments externes.

Si l'état du malade n'avait pas exigé une intervention immédiate, il eût mieux valu suivre la voie externe pour rechercher le pus, opération difficile, nécessitant le chloroforme et peut être infructueuse, mais étant donné le bien-être éprouvé après la première intervention, on peut supposer que la suppuration était uniquement sous-muqueuse.

D'autre part il ne faut pas exagérer systématiquement le danger de la péritonite par ingestion.

III. — GUÉRISON SPONTANÉE D'UNE PERFORATION INTERNE DE LA MASTOÏDE, DITE DE BEZOLD, AU COURS D'UNE OTITE MOYENNE.

Par J. V. D. HOEVEN LÉONHARD (d'Amsterdam).

M. D. D., tailleur à W., âgé de 39 ans, souffrait depuis quelques semaines de douleurs dans l'oreille droite. A un moment donné il entendit un crac, accompagné d'une vive douleur, et un peu de

sang sortit. Puis, l'oreille commença à couler. A son dire il n'y a pas eu de fièvre, ni de surdité. Peu à peu les parties molles autour de l'oreille droite commencèrent à gonfler et c'est pour cette raison qu'il alla consulter son médecin.

Celui-ci me l'envoya de toute urgence. C'était le 3 mai 1911.

Je trouvais un gonflement considérable de toute la région mastoïdienne, avec déviation du pavillon. La partie supérieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien, épaissie elle-même, semblait portée en dehors par une tuméfaction sous-jacente, se continuant avec les parties tuméfiées autour de la pointe de la mastoïde, extrêmement douloureuse à la pression.

Le méat auditif externe était rempli de pus, qui sortait chaque fois qu'on pressait le muscle sterno-cléido-mastoïdien ou les parties voisines de ce muscle quelques centimètres sous la pointe de la mastoïde.

Il n'y avait ni fièvre, ni symptômes du côté des méninges.

Je proposais une intervention immédiate. Cependant, je ne pouvais pas réussir à convaincre le malade de la nécessité de se faire opérer et il partit, me promettant toutefois d'en parler sérieusement avec sa femme. Ici, encore, le jugement de la femme, fondé si souvent sur une ignorance aussi parfaite qu'angélique, fit son œuvre, cette fois d'une façon innocente il est vrai.

Le mari resta dans son village et passa 5 semaines au lit avec de la glace sur l'oreille, la seule chose que j'aie pu faire pour lui, grâce aux bons soins de son médecin qui, en matière d'opération, n'avait pas une influence sur lui plus grande que moi.

Dans ce temps le malade avait des douleurs, mais point de fièvre.

Après 5 semaines l'appétit revint, la douleur disparut et bientôt il put commencer à vaquer à ses occupations quotidiennes.

Un an plus tard je pus revoir le malade, qui venait me voir sur ma demande.

Il n'y avait plus trace de tuméfaction, ni de douleur. Toutes les parties molles du côté droit se trouvaient dans un état absolument identique à celles du côté gauche. Seulement, il se trouvait du pus au fond du méat droit.

L'acuité auditive pour la voix chuchotée était de ce côté égale à zéro; pour la voix parlée basse un demi-mètre.

M. D., qui se croit absolument guéri et perçoit à peine une diminution de l'ouïe à droite, me promet de traiter son oreille avec de l'eau oxygénée. Mais je crois avoir le droit de penser qu'il ne reviendra pas et que c'était plutôt par complaisance qu'il accepta ma formule que parce qu'il fut convaincu de la nécessité de se soigner l'oreille.

Il manquait vraiment qu'il ne se fît traiter par la « christian science », par des pilules Pink ou par des grains homéopathiques. Quel cas splendide, alors, pour démontrer l'efficacité de ces « remèdes »-là !

IV. — SINGULIÈRE ORIGINE D'UNE PARALYSIE FACIALE.

Par R. HOULIÉ (de Paris).

En février 1911, j'opérai la jeune Marie F., âgée de 12 ans, qui présentait une suppuration chronique de l'oreille gauche avec cholestéatome.

Je pratiquais un évidement avec l'aimable assistance de M. Barbet, aide d'anatomie.

L'opération se passa sans incident, et la plaie rétroauriculaire fut suturée ; 4 jours après je fis le pansement. J'ai l'habitude, surtout chez les enfants, d'exécuter ce premier pansement sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle afin de supprimer la douleur qui les rend si indociles par la suite. En raison de la brièveté de l'anesthésie, je tirais rapidement à moi les mèches contenues dans la cavité opératoire. Quelle ne fut pas ma stupéfaction de voir se produire *instantanément* une paralysie faciale complète. Cette paralysie n'ayant pas rétrocedé contrairement à ce que je pensais, je fis pratiquer un examen électrique par le Dr Bourguignon. Notre confrère constata une réaction de dégénérescence. Durant trois mois environ un traitement électrique fut suivi sans amener aucun changement du côté des muscles paralysés. La cavité d'évidement guérit dans les délais normaux et la famille à laquelle nous avions proposé une anastomose nerveuse refusa une nouvelle intervention. Depuis 5 mois j'ai perdu de vue la petite malade.

J'ai en vain cherché dans la littérature médicale la relation d'un cas similaire au mien.

Quelle a été la cause de cette paralysie faciale ?

Une seule hypothèse paraît admissible. Le tamponnement de la cavité opératoire ayant été probablement trop serré, une mèche contracta des adhérences avec le facial vraisemblablement à nu, la traction brusque de la gaze eut pour résultat de déchirer la VII^e paire.

La conclusion de cet incident regrettable est qu'il faudra désormais songer à sa possibilité. Il suffira pour l'éviter de procéder avec douceur à l'extraction des mèches.

X. — VARIÉTÉ

LA NOUVELLE CLINIQUE RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE VIENNE.

Par
et

O. CHIARI **O. KAHLER.**

[Analyse par R.-J. POUGET, d'Angoulême.]

La nouvelle clinique rhino-laryngologique de Vienne a été inaugurée le 1^{er} octobre 1911. On ne saurait trouver dans le monde entier un pareil déploiement de luxe et de confort et on comprend aisément que Chiari qui dirige actuellement la clinique et Kahler son assistant se soient complu à la décrire dans tous ses détails avec une légitime fierté. Cette clinique a d'ailleurs toute une histoire. Il y a plus d'un demi-siècle on voyait à sa place l'ancien hôpital où, en 1843, Türk dirigeait la section des maladies nerveuses. Ce n'est qu'en 1857 que Türk y entreprend ses premières recherches laryngoscopiques. En 8 ans il fait paraître son premier traité des maladies du larynx, et en 1886 apparaît son ouvrage de fonds. Il y établit bientôt un cours que fréquentèrent de nombreux étudiants et médecins étrangers, créant ainsi la première clinique de laryngologie. Elfinger puis plus tard Heizmann se chargèrent de la partie artistique et leurs tableaux d'enseignement constituent à l'heure actuelle une des gloires de la nouvelle clinique.

En 1868, à la mort de Türk, Schrötter est chargé du cours de laryngologie, autour de lui se groupent de nombreux assistants, on y voit Ronsburger, Katti, O. Chiari, Fischer, Karis, Juffinger.

En 1890 avec Stoerk des modifications sérieuses commencent à apparaître dans la disposition des différentes salles : un peu à l'étroit on n'avait pu jusqu'à ce jour pratiquer d'opérations importantes. Tout juste se risquait-on à quelques interventions d'urgence comme la trachéotomie.

1899 voit la mort de Stoerk et la venue de Chiari ; le nombre toujours croissant des étudiants exige la construction de la clinique actuelle.

La nouvelle clinique comprend deux ailes d'inégale longueur s'abouchant à angle droit en forme de L. Un rez-de-chaussée deux étages, occupent une superficie totale de 4312 m² (l'ancienne clinique n'en occupait que 671). On a pu de ce fait réserver

aux étudiants, aux malades externes, aux malades hospitalisés dans la clinique, aux contagieux, des pièces spéciales, bien isolées. Trois entrées donnent accès dans la clinique : une première entrée, l'entrée principale, est réservée aux malades hospitalisés, c'est également l'entrée des médecins, des visiteurs. Une seconde entrée a été placée pour les étudiants et les malades des consultations, enfin une troisième entrée donne accès au pavillon des contagieux. L'une des ailes de la clinique est en grande partie réservée aux malades. Aux rez-de-chaussée a été placée la section des maladies infectieuses avec 7 lits ; au premier 24 lits pour les hommes, au second 24 lits pour les femmes ; en tout 55 lits. L'autre aile est plus spécialement destinée à l'enseignement ; c'est là que l'on trouve la salle de consultations, la salle de cours, les chambres des assistants et des infirmières. Le chauffage est assuré par des radiateurs à courant d'eau chaude qui entretiennent dans tout l'établissement une température constante de 20°.

En entrant dans la clinique par la porte principale nous trouvons dans l'escalier un large ascenseur ; les bustes de Türk et Czermatt bien en évidence rappellent au visiteur les premiers maîtres de la laryngologie. Un petit vestiaire pour les médecins et nous entrons dans la section des maladies infectieuses. Ce petit pavillon a été arrangé pour se suffire à lui-même et n'avoir aucun échange avec le reste du bâtiment. Nous y trouvons une chambre de service pour garde-malade, une salle pour le linge sale, une tisanerie, une salle de bains, une petite salle d'opérations. Un promenoir pour les malades conduit à la porte d'entrée spéciale dont avons parlé plus haut.

De l'autre côté se trouve un petit laboratoire pour les recherches cliniques rapides, et près de lui une chambre noire et une chambre à radiographie. La chambre noire sert pour l'œsophagoscopie, la bronchoscopie, la transillumination, etc. ; nous y remarquons la table de Shœrer (de Berne) au-dessous de laquelle aboutit une canalisation spéciale conduisant à une pompe à eau pour l'aspiration de la salive ou des mucosités lors des examens des bronches ou l'œsophage. Un peu partout sont les instruments classiques pour endoscopie, caustique, faradisation, etc. qui ont été fournis par la maison Reiner.

Tout le long de l'autre aile nous trouvons la salle de consultations, la salle de cours et deux salles d'attente : l'une pour les malades nouveaux, l'autre pour les malades en cours de traitement. Une salle spéciale est réservée pour les inhalations. Les appareils inhalateurs sont dus à l'ingénieur G. Wirth de Vienne. Ils comprennent une

pompe à air située aux sous-sols pouvant débiter 300 litres d'air à la minute comprimé jusqu'à 3 atmosphères. L'air est ensuite canalisé dans tout l'établissement et un peu partout dans les chambres de malades on retrouve la canalisation qui aboutira à un appareil à fumigations, susceptible par exemple de maintenir saturée d'humidité l'atmosphère de la salle des trachéotomisés. Quant à l'appareil à fumigation proprement dit, il est de nettoyage très facile, peut donner quand on l'exige une vapeur aussi ténue que « la fumée d'un cigare ». Il débite 7 à 8 litres par minute et déjà avec une pression d'une demi-atmosphère la pulvérisation commence. Au-dessous de chaque appareil est placé un évier en porcelaine dans la cuvette duquel s'effectue un lavage permanent à eau courante.

Les salles d'examen des malades comprennent de petites loges où chaque assistant a sa place assignée. Dans chaque loge le médecin trouve ce qui lui est nécessaire soit au point de vue de l'instrumentation, soit au point de vue des pansements (endoscopie, galvano-cautérisation, faradisation, compresses et ouate aseptiques, accessoires divers de pharmacie, etc.). Il y a 5 loges de ce genre dans une première salle. Dans un coin se voit un système pour laver les verres et les bassins, tout à fait analogue à celui que l'on trouve dans les bars automatiques. On y voit également un appareil à douches nasales.

A côté de cette première salle d'examen est une petite salle d'opérations où l'on pratique la plupart des petites interventions courantes, ablation d'amygdales, amputations de cornets, résection de cloison.

Une deuxième salle d'examen, plus spéciale aux malades en cours de traitement, comprend 10 loges. Tout à côté est la salle de cours pratiques. On y trouve 28 postes d'examen. Les étudiants ne peuvent donc entrer ici que par fournées de 28. Aux murs sont les tableaux peints par Henning figurant les affections courantes du larynx et du nez.

Un premier escalier nous conduit au vestiaire des étudiants, un second plus large nous amène à la salle des cours magistraux. Celle-ci ne peut contenir que 130 auditeurs, une lampe à projections permet de faire défiler sous les yeux des élèves la série des photographies du musée. La salle des cours avoisine une petite pièce où l'étudiant, la leçon finie pourra examiner une préparation anatomique. Deux postes d'examen lui permettront aussi de revoir le malade qui a fait l'objet de la leçon du jour. Non loin est la bibliothèque et le musée riche en souvenirs.

Au premier étage est le laboratoire pour la bactériologie, l'histologie, la chimie.

Non loin de là est la division des hommes. Une petite salle d'opération septique avec à côté une salle de pansement précèdent les salles de malades. Nous trouvons ici 5 chambres où les malades sont placés suivant la nature de leur affection. C'est ainsi qu'une chambre spéciale a été réservée pour les tuberculeux, une autre pour les cas graves, etc. Le cubage des pièces varie de 40 à 69 mètres cubes d'air pour chaque malade. Un promenoir complète cette installation.

Au deuxième étage est la division des femmes calquée sur la précédente. C'est ici que nous trouvons la salle d'opérations aseptique, avec sa voisine la salle de stérilisation. Près de là est une salle de préparation des malades, d'anesthésie, etc.

Au même étage et sur l'aile opposée sont les chambres des assistants avec le grand musée qui contient l'instrumentation historique de la clinique.

Au troisième étage nous parvenons à une terrasse en plein air où les malades sont traités par l'héliothérapie. Les séances peuvent être fort longues, car la clinique est très élevée, et on jouit de ce fait fort longtemps des rayons du soleil.

Au sous-sol on voit une salle des machines, la salle à air comprimé et toute une série de pièces occupées pour divers usages : vêtements des malades, linge sale, linge propre, matériel, etc.

Le service médical comprend 5 assistants et 2 démonstrateurs. Un assistant et un démonstrateur sont chaque jour de garde pour pratiquer les opérations d'urgence et donner les premiers soins (trachéotomie, hémorragies, etc.).

Vienne, le berceau de la laryngologie, possède maintenant la plus belle clinique laryngologique du monde entier.

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

I. — IV^e CONGRÈS ESPAGNOL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Tenu à Bilbao, du 26 au 29 août 1912.

Compte rendu par SARGNON (de Lyon).

Le 26 août s'ouvrait à Bilbao le Congrès espagnol, sous la présidence du Dr Castaneda, de Saint-Sébastien. Le Bureau était en outre composé comme vice-présidents des Drs Barajas, de Madrid, et Galdiz, de Bilbao; comme secrétaire général, du Dr Géréda, de Madrid; comme trésorier, du Dr Horcasitas, de Madrid, et comme second secrétaire, du Dr Velilla, de Bilbao.

Le Dr Galdiz, organisateur du Congrès, mérite tous nos remerciements : prodigue de son temps et de sa peine, il a su, dans le programme des distractions locales, nous donner les souvenirs les plus variés. Au point de vue réception et agrément, l'accueil de nos confrères espagnols a été plus que cordial, et nous regrettons que d'autres Français n'aient pu juger de l'amabilité enthousiaste de cette si vivante nation. Signalons notamment, le premier jour, la session inaugurale présidée par les autorités de la ville et de la province qui a d'ailleurs fort bien fait les choses, puisque le gouvernement de S. M. et la députation provinciale de Bilbao avaient voté des crédits de 5.000 et de 3.000 pesetas. Le banquet d'ouverture au Casino (la Bilbaína) avec sa parure de fleurs jaunes et rouges aux couleurs du drapeau nous a donné de suite la sensation de leur chaleureux accueil.

Signalons, le 27, l'excursion en train spécial à la ravissante petite île de Chicharramendi où régna pendant le banquet deux heures de franche gaieté. Le cadre magnifique de la splendide corniche espagnole donnait à cette fête une note unique d'idéal. Le 28, la visite à Abra des hauts-fourneaux nous a montré l'Espagne, qui travaille les riches mines de fer de la région de Bilbao. Cette excursion, très instructive, s'est terminée par une agréable promenade dans le port et en mer. Au théâtre Arriaga et à l'Opéra basque, nous avons applaudi d'excellents acteurs. Le banquet d'adieu s'est fait à l'ancien Casino de Bilbao qui, quoique très bien aménagé, sera bientôt remplacé par un Cercle-Casino encore plus moderne.

Ajoutons que les dames, pendant les sessions scientifiques, avaient de charmantes promenades organisées pour elles et nous aurons donné l'idée de la galanterie et de l'amabilité cordiale de nos confrères espagnols et de leurs charmantes compagnes.

Nous leur avons promis de raconter cela en France et, autorisés par eux, nous demandons à nos collègues Français de venir nombreux à Barcelone dans deux ans.

Ils y seront reçus en amis par le Bureau dont la présidence a été confiée, à l'unanimité, à notre ami le Dr Botey.

La question de langue ne doit pas nous arrêter, car, non seulement nos confrères espagnols nous ont permis de faire nos communications (laryngostomie, sténoses cicatricielles de l'œsophage) en langue française, mais encore la discussion de ces questions a été faite en français. De plus, sur la proposition du Dr Botey, les statuts ont été modifiés et la langue française autorisée dans un Congrès de nationalité espagnole; on ne peut être plus aimable.

D'ailleurs, malgré la diversité de langues qui rend un peu plus difficile la compréhension scientifique, nous avons eu un très grand nombre de communications intéressantes dont je ne puis ici donner l'analyse, car elles sortent du cadre de ce compte rendu qui a pour but principal de fixer le souvenir inoubliable de la si cordiale réception de nos confrères qui nous ont traités en amis et non en étrangers.

Rappelons cependant que les deux questions rapportées étaient : Diagnostic des labyrinthites par le Dr Tapia (de Madrid), et la Chirurgie du larynx par Cisnéros (de Madrid). Signalons aussi une conférence très intéressante du Dr Llorente (de Madrid) sur la diphtérie, avec présentation de membranes très étendues, recueillies notamment chez l'adulte.

Des sessions pratiques ont eu lieu à l'hôpital Basurto qui, de date récente, réalise le modèle du genre.

C'est un très vaste hôpital à pavillons séparés, qui a d'ailleurs coûté 7 millions de pesetas. C'est l'un des plus importants de l'Espagne.

Des interventions y ont été pratiquées, notamment une cure radicale d'un sarcome naso-sinusien chez un enfant par le Dr Botey, qui a utilisé très habilement le procédé de Moure, et une mastoïdite avec complication cranio-cérébrale par le Dr Falgar.

Nous espérons que ce compte rendu, certainement trop succinct, encouragera néanmoins nos collègues français à venir nombreux, dans deux ans, dans la ravissante capitale de la Catalogne où ils peuvent être sûrs d'être accueillis en amis par le président, le Dr Botey, qui parle admirablement notre langue et s'est toujours montré sympathique à la science française.

Compte rendu par BERTRAN et BOTELLA.

Traduction par B. DE GORSSE (de Luchon).

Le résultat obtenu par les organisateurs du IV^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologique ne pouvait pas être plus brillant : il a réuni plus de cent membres titulaires et les communications ont dépassé de beaucoup ce chiffre. L'organisation a été des plus laborieuses et les présidents des séances ont dû limiter rigoureusement le temps accordé pour chaque communication à dix minutes, temps vraiment restreint dans certains cas, absolument insuffisant à la seule lecture des travaux qui a dû souvent être écourtée.

Il ne pouvait évidemment en être autrement, étant donné le temps très court dont on disposait : ceux qui avaient préparé plusieurs communications ont dû renoncer à les lire toutes et on dut choisir la plus intéressante afin de permettre à tous les membres du Congrès de prendre la parole.

Cet inconvénient dont souffrent tous les congrès sera pallié par la publication du compte rendu où seront insérés tous les mémoires présentés ; on en retirera au contraire, plus de fruit à les lire à tête reposée qu'à les entendre hâtivement.

Le vrai travail du Congrès consiste dans les rapports et les discussions qu'ils ont soulevées : celui de la « Chirurgie du larynx » dont notre cher Maître Cisneros avait été chargé, ne put être présenté à cause de son état de santé très délicat qui l'en a empêché ; celui du « Diagnostic des labyrinthites » ne fut connu des congressistes qu'au moment de sa lecture par Tapia, et il est bien évident que, lorsqu'il s'agit d'un sujet de cette importance, une audition incomplète est insuffisante pour se former un jugement et entamer une discussion utile. Il faudrait donc à l'avenir que ces rapports fussent imprimés et distribués suffisamment tôt pour pouvoir être étudiés.

C'est dans ce sens que nous prîmes la parole dans la séance préparatoire, et cela sera réglé ainsi pour le prochain Congrès : les rapports seront déposés par les rapporteurs trois mois avant le Congrès.

Séance du 26 août à 9 heures du matin.

Président : CASTAÑEDA.

Séance préparatoire pour discuter le règlement et les statuts de l'Association espagnole d'oto-rhino-laryngologie qui fut fondée ; le président donna le plan des séances scientifiques.

Séance du 26 août à 4 heures du soir.

Séance inaugurale, dans le grand salon des Actes de l'Institut ; sur l'estrade d'honneur étaient : le maire, le vice-président de la Députation provinciale, le Directeur de l'Institut, le Président de l'Académie des Sciences Médicales, et tous les membres du Bureau.

La séance ouverte, Gomez Gereda, Secrétaire Général, lit un brillant discours dans lequel il rend compte des travaux préparatoires du Congrès et de la fondation de l'Association espagnole d'oto-rhino-laryngologie ; il souhaite la bienvenue à tous les membres qui ont assuré le succès scientifique du Congrès et à leurs femmes qui l'embellissent par leur présence.

Le Maire de Bilbao prend ensuite la parole pour saluer tous les congressistes et pour les remercier de l'honneur qu'ils ont fait à sa ville de l'avoir choisie comme siège de cette Assemblée.

Le Vice-Président de la Députation, le Directeur de l'Institut et le Président de l'Académie des Sciences Médicales prennent ensuite la parole ; après quoi, pour terminer, le Président du Congrès Castañeda se lève pour adresser ses remerciements à tous les congres-

sistes et aux autorités, ainsi qu'à la ville de Bilbao pour l'appui qu'ils ont apporté à l'œuvre commune. Il fait des vœux pour que le labeur scientifique qui touche à sa fin ne soit pas seulement une œuvre utile au point de vue humanitaire, mais encore un motif d'orgueil pour la ville de Bilbao, une raison de plus ajoutée à sa renommée de travail.

Le Maire de Bilbao déclare alors ouvert le IV^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie.

Première séance du 27 août 1912.

Diagnostic des labyrinthites, rapport de G. TAPIA. — Les modalités qui peuvent affecter les inflammations du labyrinthe sont des plus diverses, et bien qu'on ne puisse pas présenter de cadres cliniques d'une pureté absolue, on peut faire des groupements symptomatiques de grande utilité pratique.

En général, les labyrinthites sont la conséquence de suppurations *chroniques* de la caisse, et rarement celle de processus aigus.

L'invasion de la capsule labyrinthique (paralabyrinthite) peut déterminer des troubles congestifs et des altérations endolymphatiques avec exsudat séreux, séro-fibrineux ou purulent, et si le processus n'est pas destructif, il se formera des fistules péri ou endolymphatiques; on peut donc distinguer: la labyrinthite séreuse, circonscrite ou diffuse *sans fistule*; la labyrinthite *avec fistule*, circonscrite ou diffuse, séreuse, séro-fibrineuse et purulente.

Labyrinthite séreuse circonscrite. — En général, la partie vestibulaire est celle qui est atteinte et la marque caractéristique est la présence d'une fistule osseuse (le labyrinthe membraneux est ordinairement indemne) qui siège habituellement dans le canal horizontal.

L'existence d'une fistule ne peut être niée, alors qu'elle ne se verrait pas, ou qu'elle ne serait pas décelée par un examen clinique, car elle peut être des plus petites, être remplie de fongosités, etc. Il n'y a que des examens répétés et espacés qui autorisent, jusqu'à ce qu'il y ait certitude, à nier son existence. On doit évidemment admettre l'existence de labyrinthites séreuses, sans fistule.

Pour le diagnostic, les *bourdonnements d'oreilles* n'ont aucune valeur; l'*audition* est normale ou presque.

Le *vertige*, sous forme d'attaques spontanées ou provoquées, est un caractère saillant des labyrinthites et s'accompagne de *nystagmus*.

Le *nystagmus* spontané n'est pas constant et la variabilité de sa direction est caractéristique, bien qu'elle ait lieu, le plus fréquemment, du côté malade; s'il est bilatéral, il prédomine vers ce même côté malade.

La *réaction calorique* est positive, mais il faut faire cette expérience soigneusement pour qu'il n'en résulte pas de nystagmus par compression, ou qu'il n'ait pas l'air du *signe de la fistule inversi*. Dans ces labyrinthites, il paraît se confirmer qu'il existe de l'hypo-irritabilité thermique, qui se déduit de la relation qu'il y a entre le degré d'excitabilité calorique et de pression, faits d'une grande valeur pratique.

L'épreuve de rotation est positive, mais ne doit se faire que quand elle est nécessaire; on ne la fera que dans les cas où l'épreuve calorique est négative.

Le signe de la fistule sera recherché; on s'attachera à ce que l'olive du bâton insufflateur ferme hermétiquement le conduit auditif, afin d'éviter des erreurs.

Tapia étudie le nystagmus typique et inversé, soit à la compression, soit à l'aspiration. Les formes du nystagmus ne déterminent pas le siège de la fistule comme le prouvent certains faits cliniques observés par lui, ainsi que les expériences de Herzog qui démontrent que le courant du liquide endolymphatique va de la fistule à la fenêtre ronde, ou dans le sens contraire, mais que l'onde ne va jamais directement de la fistule aux ampoules.

LABYRINTHITE SÉREUSE DIFFUSE. — Tapia fait ensuite l'étude clinique de cette modalité qui peut exister avec ou sans fistule; quant à ce qui est important au point de vue pronostique et thérapeutique, il fait ressortir que, à la différence de la *labyrinthite diffuse* où manque toute réaction, dans la labyrinthite séreuse, il est possible de démontrer des restes d'excitabilité vestibulaire.

Il parle de l'emploi de l'otocalorimètre et de l'otogoniomètre de Brünings, de l'irrigation auriculaire double, etc. L'épreuve de rotation sera utile parce que dans les cas où l'épreuve calorique est négative, elle montre si la labyrinthite n'est pas entièrement perdue.

LABYRINTHITE PURULENTE DIFFUSE. — A. Aiguë : Le cadre clinique correspond à ce que l'on a appelé *exclusion* aiguë du labyrinthe : il y a des vertiges, un nystagmus rotatif prononcé vers le côté sain, le signe de Romberg, des vomissements, etc. Elle peut guérir comme processus infectant, laissant une perte complète de l'oreille interne; mais si sa durée se prolonge, on peut craindre une complication intra-crânienne qui peut être mortelle. Puis il passe à la forme chronique.

B. Chronique : Dans celle-ci, l'audition est nulle; il y a des bourdonnements dans 10 pour cent des cas; réaction calorique et signe de la fistule négatifs.

Ici, la réaction *rotative* acquiert une grande importance, parce qu'elle démontre s'il y a compensation en partie du côté de l'oreille saine, et cela nous sert au point de vue thérapeutique.

L'épreuve galvanique est l'objet de discussions, et celles de Von Stein ne sont pas employées en pratique.

PYOLABYRINTHITE CIRCONSCRITE. — Les effets destructeurs de la forme précédente sont ici limités à une partie du labyrinthe, cantonnement pathologique qui peut s'expliquer par la loi des rétrécissements de Rueda appliquée aux suppurations de l'oreille moyenne.

Moins fréquente que les formes antérieures, elle peut se diviser en :

A. *Vestibulaire* : qui n'attaque que le labyrinthe postérieur; l'audition est plus ou moins conservée;

B. *Cochléaire* : où la surdité domine le cadre, les réactions vestibulaires sont conservées et il existe en plus le signe de la fistule.

Le diagnostic différentiel entre les labyrinthites et les abcès cérébelleux et les méningites est très important et souvent très difficile.

Dans les *abcès cérébelleux*, on peut soupçonner son existence par la céphalalgie intense plus ou moins latéralisée du côté malade et par l'état général qui indique un processus grave.

Le *nystagmus* existe généralement du côté malade ; il peut changer de direction, mais est toujours beaucoup plus violent que le *nystagmus* labyrinthique.

Les *troubles de l'équilibre* montrent qu'à la différence des labyrinthiques, la chute dans le Romberg n'a pas de relation avec le *nystagmus*, car les mouvements de tête n'influent pas sur elle et cela n'a lieu que vers le côté malade.

L'*incoordination* se manifeste : 1° sous forme de *titubation cérébelleuse* : chez les labyrinthiques, la vue aide à l'équilibre ; chez les cérébelleux, elle n'a aucune influence ; le Romberg n'existe pas dans les affections pures du cervelet ; 2° sous forme d'*asynergie* : les cérébelleux, en marchant, ne savent pas associer les mouvements simples pour une fin utile ; les mouvements d'épreuve si bien étudiés par Babinski sont toujours positifs ; il y a *dysmétrie* et *adiadococinésie*, l'épreuve de l'*index* étant toujours positive. Un autre signe de grande valeur est la *catalepsie cérébelleuse* qui permet à Fernandez Sanz de diagnostiquer un abcès du cervelet dans un cas très obscur ; et de plus il est très utile de faire l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Le diagnostic différentiel avec les méningites est plus simple, les manifestations cliniques de ces dernières ne ressemblent en rien à celles des labyrinthites. Le *nystagmus*, quand il existe chez elles, ne suit pas de règles fixes ; il est anormal, extravagant ; le labyrinthe est, du reste, le point par où l'infection peut passer aux méninges et il faut veiller attentivement à ce que les premiers symptômes ne passent pas inaperçus.

Tapia termine son travail en disant que lorsqu'il s'agit du labyrinthe, il faut faire des affirmations concrètes, résumé de faits incontestables.

(A suivre¹.)

II. — IX^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Boston, 12-17 août 1912.

Compte rendu par MENIER (de Decazeville).

Mardi 13 août 1912, à 9 heures.

Projections, coupes microscopiques et microphotographiques de l'oreille interne, par M. URBAN PRITCHARD (de Londres).

1. Par suite d'un accident survenu à l'imprimerie, il nous a été impossible, à la date où nous nous trouvons, de retarder davantage la publication de ce numéro. Nous donnerons donc dans celui de novembre-décembre la suite du compte rendu scientifique du Congrès.

Présentation de coupes microscopiques du labyrinthe, par M. G. E. SHAMBAUGH (de Chicago).

Présentation de coupes montrant : 1° rapport entre la membrane tectoria et la membrane de Reisner ; 2° dégénérescence de l'organe de Corti, par M. E. R. CARPENTIER (d'El Paso, Texas).

Présentation de coupes (préparées d'après une technique spéciale) du labyrinthe membraneux chez l'adulte, par M. W. S. BRYANT (de New-York).

Présentation de préparations microscopiques et projections : 1° oreille normale ; 1° lésions du labyrinthe acoustique, par M. F. SIEBENMANN (de Bâle).

Histologie du tympan, par M. R. BUTLER (de Philadelphie).

Présentation d'un fantôme labyrinthique de grandes dimensions, par SIEBENMANN (de Bâle).

Essais de greffe des canaux semi-circulaires. Reconstitution du labyrinthe, par M. G. L. STREETER (d'Anne Arbor, Michigan).

Coupes montrant le développement des nerfs de la huitième paire crânienne et la continuité de l'épithélium auditif avec les noyaux auditifs dans l'épencéphalon, par M. W. MILLIGAN (de Manchester).

Examen des deux temporaux chez cent vingt individus. La symétrie à l'état sain et à l'état pathologique, par M. A. H. CHEATLE (de Londres).

Présentation de pièces relatives à des points spéciaux de la topographie de l'os temporal, par M. B. A. RANDAL (de Philadelphie).

Présentation de diverses préparations de temporaux, M. W. M. DUNNING (de New-York).

Présentation de soixante temporaux préparés, par M. GORHAM BACON (de New-York).

Description d'un moulage de l'oreille pour l'enseignement, par M. GORHAM BACON (de New-York).

Mardi 13 août, à 14 h. 30.

Maladies de l'oreille moyenne et des cellules mastoïdiennes. Observations prises sur 454 autopsies dans 2232 cas de scarlatine, de rougeole et de diphtérie, par M. BORDEN (de Boston). — Ces observations furent prises dans le service des contagieux du City Hôpital de Boston, leur étude constitue un ensemble de documents particulièrement intéressant au point de vue des documents auriculaires. Au cours d'une maladie contagieuse et souvent d'une façon précoce, l'infection auriculaire peut éclater sans symptômes aigus. La mastoïde peut présenter des troubles sérieux à allure insidieuse pouvant entraîner la mort. L'auteur montre que ces complications qui sont fréquentes et plus importantes qu'on ne le croyait jusqu'à ce jour, restent souvent méconnues. Il en expose la pathogénie et montre toute l'importance que peut avoir le traitement précoce et approprié.

Le traitement de l'otite moyenne suppurée par la vaccine, par M. E. WYMAN NAGLE (de Boston).

Application de la vaccino-thérapie aux affections de l'oreille. — L'auteur expose sa technique opératoire et rapporte nombre de cas traités par ce procédé avec résultats éloignés obtenus ainsi après 3 ou 4 ans.

La neuro-labyrinthite chez les syphilitiques et le Salvarsan, par M. CITELLI (de Catane). — Le salvarsan peut, chez un nombre restreint de malades, augmenter l'insuffisance de l'audition. Toutefois, chez les syphilitiques la neuro-labyrinthite est le plus souvent d'origine spécifique ; le salvarsan n'est donc pas contre-indiqué dans les lésions nerveuses de cette nature. Il les guérit souvent ou les améliore. Après les injections de 606, l'auteur conseille de prescrire au malade le traitement mercuriel et ioduré.

Plantes argentines utiles pour combattre l'otalgie, par M. N. ROJAS ACOSTA, de Corrientes (République Argentine). — L'auteur s'occupe depuis plusieurs années de cette question qui a fait l'objet de diverses publications, en particulier dans la « Matière médicale argentine » (1905).

De l'importance des cultures du sang pour le diagnostic de thrombose du sinus en rapport avec les infections otiques, par M. LIBMAN (de New-York). — Les recherches de laboratoire que l'auteur a faites depuis 1906 lui ont permis de conclure qu'il existe des relations entre la bactériémie et les affections de l'oreille. Il a, en collaboration avec le D^r Celler, découvert que l'envahissement du sang par les bactéries provenant d'infections otiques ne se faisait qu'en cas de thrombose du sinus ou de méningite et pouvait permettre de déceler une infection du sinus, s'il n'existait pas des signes de méningite concomitante. Il donne dans cette nouvelle communication sur la question le résultat de leurs récentes recherches. Ces recherches leur permettent de réfuter certaines critiques qui leur avaient été adressées. Les observations citées dans la littérature viennent apporter une sorte de vérification de leurs hypothèses.

La méthode toutefois exige l'exclusion d'un certain nombre de facteurs infectieux ; mais l'auteur cite des exemples montrant la grande valeur de l'examen bactériologique du sang dans quelques cas où l'otologie vient en quelque sorte sur le domaine de la pathologie interne, de la chirurgie générale, de la gynécologie.

Le diagnostic bactériologique comme secours dans l'otite moyenne aiguë et ses complications, par F. E. SONDERN (de New-York). — L'auteur a envisagé et exposé la question de la façon suivante dont nous nous bornerons à exposer le plan ne pouvant entrer dans le détail de chacun de ces chapitres.

a) Bactériologie de l'otite moyenne aiguë et de ses complications : 1^o types d'infection et fréquence de chaque type ; 2^o pronostic des divers types.

b) Bactériologie des infections secondaires de la circulation sanguine consécutive à l'otite moyenne aiguë : 1^o avec thrombose du sinus ; 2^o sans thrombose du sinus.

c) Valeur des cultures de sang en matière de diagnostic : 1° cultures positives ; 2° cultures négatives.

d) Conclusions.

Mercredi 14 août, à 9 heures.

De l'influence des synéchies nasales sur certaines formes de surdité, par M. E. J. MOURE (de Bordeaux). — L'auteur montre toute l'importance des synéchies nasales qui influencent d'une façon si importante certaines formes de surdité, en particulier celles d'origine tubo-tympanique et insiste sur l'utilité du traitement de ces synéchies dans la cure auditive.

L'abcès temporal sous-périosté d'origine otique sans suppuration intra-osseuse, par LUC (de Paris). — L'auteur, qui le premier a décrit l'abcès temporal sous-périosté, rapporte plusieurs observations de cas d'abcès sous-périosté de la région mastoïdienne, avec intégrité de l'os. L'auteur établit les bases au diagnostic entre ces abcès particuliers et les mastoïdites ordinaires. Il insiste sur la valeur de ce diagnostic dont dépend une intervention opportune, réduite aussi dans son importance et particulièrement intéressante sur le temps de guérison relativement court qu'elle exige.

L'insuffisance du drainage que l'on obtient parfois par la myringotomie ordinaire dans l'otite moyenne aiguë, par M. R. LEWIS (de New-York). — L'auteur montre que la paracentèse du tympan, dans les conditions où elle est habituellement faite, est généralement insuffisante comme moyen de drainage de la caisse, car elle demande à être faite souvent plusieurs fois. L'auteur fait la revue critique des divers procédés de paracentèse usuels et indique ses préférences pour la réalisation d'un bon drainage.

Nature et causes des agglomérations cholestéatomateuses qui se forment de bonne heure dans le cours des suppurations auriculaires. Nécessité de reconnaître promptement les conditions qui favorisent leur production, par Ch. J. HEATH (de Londres). — Grâce à son procédé spécial pour l'opération de la mastoïdite, qui facilite beaucoup l'examen du tympan et de l'attique, l'auteur a pu voir les cholestéatomes commencer, d'une façon très précoce, dans les suppurations de l'oreille.

Il rapporte quelques cas de cholestéatomes à évolution rapide, s'étant produits dans les neuf jours qui suivent la perforation du tympan. Il en explique la formation de la façon suivante : le pus qui vient de l'antre filtre à travers les tissus tuméfiés de l'attique ; ceux-ci retiennent ainsi les éléments cellulaires, ne laissant passer que la partie liquide. Si ces rendus cellulaires forment une obstruction complète, la mastoïdite se déclare, sinon il en résulte la formation d'un cholestéatome dont le principal symptôme sera l'apparition de vertiges.

La valeur du caillot dans les opérations pour la mastoïdite aiguë et chronique, par Ch. HOLMES (de Cincinnati). — L'auteur étudie la valeur du procédé du caillot dans la durée de guérison des mastoïdites aiguës et chroniques.

Grefte épithéliale comme moyen d'effectuer la guérison sûre et rapide de la cavité laissée après l'évidement pétro-mastoidien, par Ch. A. BALLANCE (de Londres). — La condition *sine qua non* du succès est la guérison complète de toute la plaie. Le tamponnement est une méthode douloureuse pour le patient et fastidieuse pour l'opérateur à cause de sa longueur, et malheureusement il ne répond pas toujours aux espoirs du chirurgien.

L'auteur a employé sa méthode de greffe dans plusieurs centaines de cas, et toujours le résultat espéré a été atteint. Il s'efforce, par une greffe secondaire, de couvrir le champ entier : antre, attique et caisse ; n'employant pour cela qu'une seule grande greffe. Ce procédé, qu'il décrit avec beaucoup de détails, lui semble meilleur que la greffe primaire de la cavité.

Un lambeau périosté dans les opérations sur la mastoïde, par M. LELAND (de Boston). — Leland et Micholls avaient autrefois imaginé de séparer l'antre de la caisse par un large lambeau périosté qu'ils prenaient derrière l'oreille et qu'ils faisaient basculer sur la cavité de telle sorte que son extrémité recouvre l'*aditus ad antrum*. Durant les cinq dernières années l'auteur a employé cette méthode, et partout où ce lambeau s'est développé en bonne situation, il n'a vu se reproduire de rechute de la suppuration. Ce lambeau d'ailleurs peut être placé de façon à embrasser le fascia qui se trouve au-dessus de lui et les tissus compris entre eux, ce qui offre l'avantage de combler une grande partie de la cavité opératoire et d'abrégier ainsi considérablement le temps de la cicatrisation.

Abcès intradural se produisant dans l'otorrhée chronique, par WALTON-BROWN (de Belfast). — L'auteur insiste sur certains détails cliniques et thérapeutiques de cette complication des otites chroniques qu'il a observés avec soin.

Les difficultés des complications intra-craniennes, par GARHAM-BACON (de New-York). — L'auteur montre combien en certaines circonstances le diagnostic devient particulièrement délicat au cours de ces complications qui exigent une décision rapide.

Diagnostic différentiel entre la suppuration du labyrinthe, la labyrinthite séreuse, l'abcès cérébelleux et la méningite séreuse de la fosse postérieure, par R. BARANY (de Vienne). — L'auteur montre un graphique représentant les symptômes de ces différentes lésions.

Considérations sur l'abcès du cerveau d'origine otique basées sur une étude de 21 cas personnellement observés par l'auteur, par BRADFORD DENDS (de New-York). — L'auteur expose brièvement les observations. Les premiers cas, sauf un qui s'évacua spontanément dans la plaie mastoïdienne et un autre, trouvaille d'autopsie, ont été opérés à travers une dure-mère saine. Dans la plupart d'entre eux on note de la pyrexie, 6 cas seulement sur 15 montrent du pouls ralenti. Sur 4 cas d'abcès cérébelleux, consécutifs à des écoulements d'oreilles, il y en avait deux à droite et deux à gauche. Un était injecté par un néoplasme du labyrinthe, les trois autres par l'inter-

médiaire du sinus sigmoïde : sur 17 abcès du lobe sphéno-temporal, 10 ou 12 étaient aigus, 6 à droite et 6 à gauche, et 3 ou 4 qui provenaient d'otorrhée étaient à gauche. Sur 15 cas l'examen du fond de l'œil donnait 3 papillites, 3 congestions et 9 examens négatifs.

Dans les 9 cas d'abcès temporo-sphénoïdal gauche, il y en a 5 aphasiques et chez un gauche, on a constaté l'écriture inversée dans un cas d'abcès temporal droit. La ponction lombaire pratiquée dans 4 cas donne 2 fois du streptocoque; ces 2 cas se terminèrent d'ailleurs par la mort; 6 opérés sur 8 succombèrent à la suite d'une évacuation à travers une dure-mère saine; sur les 8 opérés en suivant le trajet d'infection, 3 seulement succombèrent. Il résulte de l'énoncé de ces faits que, sauf dans le cas où le passage du pus est évident, on ne doit faire l'évacuation ou l'exploration du cerveau qu'après avoir soigneusement oblitéré la cavité arachnoïdienne. Il faut aussi drainer tout abcès que l'on a découvert.

La méningite otitique chez l'enfant, par MAC CUEN SMITH (de Philadelphie). — L'auteur montre combien, sont à l'heure présente, problématiques les succès de la thérapeutique dans la méningite suppurée diffuse. Il faut surtout faire de la prophylaxie et intervenir d'une façon précoce et satisfaire d'urgence à toutes les indications opératoires car la méningite diffuse est incurable.

Thrombose primitive du golfe de la jugulaire, par M. F. MAC KERNON (de New-York). — L'auteur rapporte une observation intéressante de phlébite du golfe de la jugulaire, qu'il considère comme primitive étant donné les détails de son observation.

Nouvelle intervention par inflammation septique du sinus caverneux, par BALLANCE (de Londres). — L'auteur indique les modifications qu'il a apportées à la technique habituelle dans les interventions dans les trombo-phlébites du sinus caverneux.

Œdème de la papille en rapport avec les maladies de l'oreille, par GRUENING (de New-York). — Une inflammation otique peut, par son action chimotactique, produire une augmentation de la pression intra-cranienne; c'est pourquoi la constatation d'un œdème de la papille, associé à une otorrhée n'indique pas forcément une affection cérébrale; elle n'est souvent l'indice que d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Lorsque le trouble auriculaire disparaît, l'équilibre sécrétoire se rétablit et l'œdème de la papille disparaît.

Séance du mercredi 14 août, à 14 heures 1/2.

Rapport. — La méningite. Les recherches récentes :

1^o Introduction, par W. C. PHILLIPS (de New-York). — L'auteur expose les divers traitements préconisés auparavant pour le traitement de la méningite septique et en fait une judicieuse critique; il montre que la mortalité n'a pas été abaissée pour aucune de ces méthodes. Pour lui les facteurs communs à tous les cas sont : l'accroissement de la pression intracrânienne et la septicité; donc le but de la thérapeutique doit être double : 1^o diminution de la tension

intracrânienne; 2° favoriser la lutte des éléments normaux et des centres vitaux contre les germes infectieux et leurs toxines.

2° Recherches expérimentales sur les tissus de réaction et leurs rapports avec le diagnostic précoce et le traitement, par KOPETZKY (de New-York). — L'auteur fait une étude très sérieuse du liquide céphalo-rachidien : il recherche dans de nombreux cas de méningite sur quelles données on peut compter pour établir un diagnostic. D'abord la conséquence de la méningite est l'accroissement de la pression du liquide céphalo-rachidien ayant pour conséquence des troubles dans les fonctions du nerf vague, des centres vaso-moteurs et respiratoires de la moelle. L'étude clinique du malade nous montre les preuves de cette observation de pression (mesures de la tension artérielle : examen du fond de l'œil, étude chimique et microscopique du liquide céphalo-rachidien). L'auteur a montré que le liquide normal est neutre ou alcalin, tandis que dans la méningite il est acide, et que l'on peut par des procédés chimiques mesurer cette acidité par comparaison à l'acide lactique. En outre le liquide normal contient un hydrate de carbone décelable par la réaction de Fehling ou le liquide de Benedict. Les microorganismes sont doués d'une affinité spéciale pour cet hydrate de carbone, aussi l'absence ou la diminution de ce dernier est-elle un des symptômes les plus précoces de l'infection méningée.

L'activité des bactéries décompose en outre les lécithines du tissu nerveux en substances moins complexes, ce qui explique l'apparition dans le liquide céphalo-rachidien de choline et de graisses neutres dont la proportion plus ou moins élevée indique la gravité de l'infection. La choline surtout semble être l'élément nocif de la maladie. Enfin si après centrifugation, on examine le culot au microscope, l'infection existe dès qu'on trouve plus de huit cellules au centimètre cube.

3° Traitement chirurgical de la méningite pyogène par le drainage de la cisterna magna, par HAYNES (de New-York). — Haynes considère la méningite comme une maladie essentiellement chirurgicale dont l'unique traitement est le drainage précoce large et continu du liquide céphalo-rachidien qui par sa pression sans cesse renouvelée peut altérer les tissus cérébraux. Ce genre de traitement a eu des échecs jusqu'à ce jour, il en explique la cause et préconise une nouvelle méthode, le drainage de la cisterna magna. Cette opération pratiquée dans la région occipitale a pour but d'assurer le drainage continu des régions comprises en dessous ou entre les lobes du cervelet.

Prophylaxie de la surdité et de la mortalité occasionnées par les suppurations de l'oreille, par A. HEATH (de Londres). — L'opération n'est pas seulement indiquée dans les cas de menace de mort, la conservation de l'audition peut, elle aussi, réclamer une intervention précoce. Le traitement par des injections ne se justifie pas et l'auteur préconise une méthode qui permet d'explorer l'oreille moyenne et l'autre de se rendre compte d'une façon précise de la situation avant de vouer l'oreille à la surdité par la cure radicale. On doit envisager

uniquement la conservation de l'ouïe et il est préférable de faire subir au malade une intervention précoce mais sûre plutôt que de l'exposer à rester sourd toute sa vie.

Modifications à la cure radicale de l'otorrhée, par **SOHIER BRYANT** (de New-York). — La cure radicale est le traitement de l'otorrhée chronique, dit l'auteur. Il pénètre dans la caisse en passant par la cavité de la mastoïde et cherche par la régénération du tympan à séparer la caisse du méat. Son but est de conserver le tympan et les osselets, mais si les osselets n'existent plus, il n'y a pas de contre-indication. Seule la conservation de la membrane est importante. Les conditions de l'opération sont réglées par la destruction complète de cette dernière. On doit conserver tout ce qui est sain. L'auteur expose sa méthode opératoire de traitement qui doit suivre cette opération et en indique les avantages qui sont : l'absence de cicatrice, la rapide guérison et la conservation ou la restauration de l'ouïe.

Traitement conservateur de l'otorrhée, par **YANKAUER** (de New-York). — Après l'ablation du tympan, il est nécessaire de protéger l'oreille contre la réinfection par le naso-pharynx, pour cela il convient d'enlever les éléments anormaux du nez et de la gorge, d'employer des vaccins autogènes et de fermer la trompe d'Eustache. Il s'occupe surtout de cette dernière mesure explique pourquoi ce qui a été tenté jusqu'à aujourd'hui n'a pas donné de résultats et fixe le meilleur traitement pour la caisse et la trompe.

Les erreurs en otologie, par **HEIMAN** (de Varsovie).

III. — ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

Réunion à Liverpool, juillet 1912.

SECTIONS RÉUNIES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

Compte rendu par **KERAUDREN** (de Saint-Brieuc).

Discussion sur l'éducation du spécialiste en laryngologie et otologie.

Professeur **Holger MYGIND** (Copenhague). L'otologie et la laryngologie sont enseignées en même temps dans la plupart des Universités du Continent, de même que généralement les spécialistes du Continent exercent à la fois les deux spécialités. C'est en Allemagne qu'on trouve le plus grand nombre de spécialistes, et qu'on travaille le plus ces spécialités, la chaire d'otologie étant distincte de celle de laryngologie. Après l'Allemagne, vient l'Autriche avec **Politzer**.

Ceux qui sont le plus à même de s'instruire et de s'entraîner dans ces spécialités, ce sont les assistants des cliniques spéciales, et c'est en effet ceux parmi lesquels on choisit le plus généralement les privat-docents et les professeurs. Néanmoins, **Mygind** leur reproche d'avoir une instruction chirurgicale insuffisante, leur séjour dans les cliniques, n'étant pas assez prolongé. De plus, dans ces cliniques, les malades sont trop nombreux et on ne prend pas le temps suffisant d'approfondir les cas, et souvent ces cliniques sont dépourvues de

lits, ce qui empêche de conserver les cas les plus intéressants et d'y faire les opérations sérieuses.

Comme remède à cette instruction incomplète des jeunes spécialistes, l'auteur propose de les obliger à passer des examens sur ces matières spéciales, et d'exiger d'eux un stage d'au moins dix-huit mois dans un hôpital général, sur lesquels neuf mois seraient consacrés à la chirurgie générale avant d'entrer dans une clinique spéciale, où ils devraient rester au moins un an. Enfin Mygind estime qu'il faudrait exiger des spécialistes, avant qu'ils ne s'installent, un diplôme spécial de capacité.

P. WATSON-WILLIAMS dit qu'en Angleterre il y a en tout 713 lits répartis entre 55 hôpitaux pour les maladies du nez, de la gorge et des oreilles. Il reconnaît, lui aussi, que souvent le spécialiste, quand il s'installe, a des connaissances insuffisantes de la spécialité. On devrait, lors de leurs examens, leur faire subir des épreuves spéciales, comme cela se pratique en Irlande, et exiger d'eux, une fois passés les examens, un stage d'au moins deux ans, un an dans un hôpital général, un an dans des cliniques spéciales. Enfin, il faudrait encourager les jeunes spécialistes à présenter, sous forme de thèse, par exemple, un travail original.

HERBERT S. BIRKETT (Montréal). A l'université M'Gill de Montréal il existe des cours spéciaux d'oto-laryngologie pratiqués à la fin des études, mais ils sont très élémentaires et ont simplement pour but de donner quelques notions de cette spécialité aux praticiens de la médecine générale. Ceux-ci, après un séjour de six mois à un an dans des cliniques, subissent des examens qui leur donnent droit à un diplôme de capacité. Le défaut de ce système, c'est que le diplôme, qui confère à celui qui l'obtient, le titre et les prérogatives de spécialiste, ne présente pas suffisamment de garanties. Il faudrait exiger du futur spécialiste qu'après de fortes études de médecine et de chirurgie générales il consacre au moins un an à travailler uniquement la spécialité et à visiter les grandes cliniques à l'étranger.

T. MARK HOVELL (Londres) estime que l'oto-laryngologiste devrait également se mettre au courant de l'ophtalmologie, la dermatologie, la gynécologie et la bactériologie.

F. H. WESTMACOTT (Manchester) dit que le certificat qu'on pourrait délivrer aux spécialistes à la fin de leurs études n'est pas nécessaire, car ce qu'il leur faut, c'est surtout de la pratique et non de la théorie.

William PERMEWAN (Liverpool) reconnaît aussi que l'étude de l'oto-laryngologie est moins avancée en Angleterre que dans la plupart des autres pays. Il est également partisan du système d'examens spéciaux.

Sir St-Clair-Thomson (Londres) demande à ce qu'on organise les hôpitaux en vue de l'étude de l'oto-laryngologie et qu'on exige un diplôme en fin d'étude.

Dan MACKENZIE (Londres) dit qu'on devrait enseigner au cours des études en médecine les éléments de la spécialité pour permettre au médecin général de soupçonner la gravité de certains symptômes ;

quant à celui qui se destine à la spécialité, l'auteur n'est pas d'avis de lui faire subir des examens spéciaux.

Walker DOWNIE (Glasgow) dit, comme ses confrères, que des interrogations sur l'oto-laryngologie, à la fin des études, doivent être rendues obligatoires.

Herbert TILLEY (Londres). A l'hôpital du Collège universitaire de Londres, tous les étudiants sont astreints à consacrer trois mois à l'étude de la spécialité de la gorge et des oreilles, et autres spécialités, de telle sorte qu'ils sont à même de se servir des instruments et appareils, et de différencier un cas normal d'un cas pathologique.

WAGGETT (Londres) ne croit pas non plus qu'il suffise de donner un diplôme pour le spécialiste, c'est surtout le choix judicieux des chefs de service dans les hôpitaux qui importe le plus.

Macleod YEARSLEY (Londres). On doit rendre obligatoire l'étude de l'oto-laryngologie, mais en se bornant à des principes généraux; pour se consacrer aux examens supérieurs il faut, dans ce pays, du temps et de l'argent.

Andrew WYLIE (Londres) trouve qu'à Londres et en province, l'étude des spécialités est très bonne, et que les cliniques anglaises valent celles de Berlin, Vienne ou Paris.

SECTION D'OTOLOGIE.

Président : Hugh E. JONES (Liverpool).

Discussion sur l'otite moyenne aiguë suppurée, par R. H. WOODS (Dublin). — Quelle que soit la cause de l'infection qui détermine une otite moyenne suppurée, la marche clinique est toujours la même; seul le degré de gravité diffère. Lorsque la cavité antro-tympanique est prise, si le drainage ne peut s'effectuer par la trompe, par suite d'une obstruction de ce canal, la membrane du tympan se perforera, et pourra même être détruite en quelques heures. Les cas les plus graves s'observent dans les fièvres aiguës, principalement la rougeole et la scarlatine. Séreux au début l'écoulement passe ensuite à la suppuration franche. Dans l'otite aiguë l'infection est monomicrobienne, tandis qu'elle est polymicrobienne dans la suppuration chronique; mais on doit, et on peut par un traitement approprié, empêcher ce passage à l'état chronique.

Woods critique l'emploi de l'eau oxygénée pure qui ne peut que disséminer l'infection. Il faut surtout veiller à empêcher l'enfant de mettre le doigt dans l'oreille quand l'écoulement s'est déclaré, et tenir toujours le méat obturé par une boulette de coton.

Claude RUNDLE. Les médications intra-tympaniques ne donnent pas de succès, et les injections avec la vulgaire seringue semblent même prolonger l'écoulement. L'auteur croit que la paracentèse n'est pas souvent nécessaire. On ne doit pas non plus, à la période aiguë, toucher aux amygdales ou aux végétations. En cas de rétention dans l'antre, pratiquer le Schwartze.

Gustav ALEXANDER (Vienne) au sujet de l'étiologie, dit qu'on trouve tantôt des cultures pures de bactéries, tantôt des cultures

associées. Au début de l'affection les applications de glace sont à conseiller. Il est partisan de la paracentèse, suivie du drainage. On ne fera d'injection que si le pus est épais et visqueux. Après une semaine le pus étant devenu trop épais, le drainage par les mèches de gaze ne peut plus se faire, on emploiera alors l'eau oxygénée, deux à trois fois par jour, et les insufflations avec le Politzer pour faire sortir le pus et améliorer l'audition. Veiller à la production de l'eczéma dans le conduit. La paracentèse doit être faite de bonne heure chez le nourrisson. L'auteur termine en citant les bons résultats obtenus, dans les suppurations de l'oreille, par Dientenfass, de Vienne, avec l'urotropine, médicament qui a également réussi dans la méningite otitique.

Holger MYGIND (Copenhague) dit que souvent l'otite moyenne aiguë guérit sans aucun traitement. On peut, dès le début, faire avorter l'inflammation de la cavité tympanique en gardant le malade au lit et en le faisant transpirer. Si le tympan bombe trop, il faut faire une large paracentèse, et introduire dans le canal une mèche stérilisée de coton que le malade changera lui-même quand elle sera souillée de pus. C'est encore là le meilleur mode de traitement.

L. BALLENGER (Chicago) a observé que dans les infections d'origine nasale, s'il n'y a pas de causes d'obstruction, l'inflammation reste aiguë, tandis que dans le cas contraire cette inflammation a une tendance à passer à l'état chronique. On emploiera au début la glycérine phéniquée en instillations, et, si la membrane bombe, la paracentèse suivie du drainage avec des mèches dans le conduit. L'auteur est partisan des sangsues au début.

Adam DIGHTON (Liverpool) estime qu'on fait trop souvent la paracentèse. Il se contente le plus souvent de badigeonner la trompe d'Eustache avec une solution de nitrate d'argent, badigeonnage qu'il renouvelle si c'est nécessaire. Le drainage, au moyen d'une mèche de coton est excellent, à condition, pour faciliter ce drainage, de maintenir le patient couché sur le côté malade. L'auteur condamne l'emploi de la seringue.

Wm MILLIGAN (Manchester) est convaincu comme Wood que l'otite aiguë est une infection monomicrobienne, et l'otorrhée une infection polymicrobienne. Dans l'otite aiguë il faut drainer et faire le minimum possible d'intervention. La paracentèse doit être pratiquée plutôt trop tôt que trop tard. Il ne s'est jamais repenti d'avoir paracentésé, tandis qu'il a eu à regretter de ne pas l'avoir fait. Si l'antre est pris, il faudra également drainer de ce côté après avoir ouvert. Il ne voit pas ce que peut donner un badigeonnage au nitrate d'argent de la trompe d'Eustache.

WATSON-WILLIAMS (Bristol) conclut qu'en général on préconise surtout le drainage, avec ouverture précoce de l'antre s'il y a rétention de ce côté, mais on ne doit pratiquer la cure radicale qu'en cas exceptionnel de complications.

Professeur Holger MYGIND veut que la trépanation mastoïdienne dans ce cas soit faite complètement, et qu'on ne se contente pas

d'ouvrir l'antre, mais encore toutes les cellules qui communiquent avec lui.

En résumé, termine le Président tous s'accordent pour les paracentèse faite de bonne heure.

La valeur des opérations décompressives au cours des complications intra-craniennes d'origine otitique avec quelques considérations spéciales sur le traitement de la méningite otitique, par W. MILLIGAN (Manchester). — Les premiers symptômes de la méningite sont de l'hypertension, de l'œdème de la papille, et une céphalée persistante, et on devra alors faire l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Cette décompression, quand elle s'imposera, sera large et sera pratiquée dans le lobe temporo-sphénoïdal, ou le plus souvent dans la fosse cérébelleuse; à l'appui l'auteur cite quelques cas.

Comment empêcher la surdité dans les cas non suppurés, par J. KERR LOVES (Glasgow). — Après quelques mots sur le catarrhe chronique de l'oreille moyenne et sur l'otosclérose et sur la nécessité qu'il y a de faire des recherches sur ces affections, principalement au point de vue de l'hérédité, l'auteur dit qu'on doit porter son attention sur les végétations adénoïdes. Toute diminution de l'audition chez l'enfant doit être aussitôt traitée. On préviendra la surdité congénitale syphilitique en soignant les parents à temps.

Professeur Holger MYGIND a remarqué que l'otosclérose se complique souvent de catarrhe chronique de l'oreille moyenne et bénéficie de cathétérisme.

G. J. JENKINS (Londres) croit aussi que, dans la surdité, l'hérédité joue un grand rôle, et, avec le Professeur Mygind, estime qu'on devrait empêcher le mariage des sourds.

Les indications de l'opération de Schwartz, par G. J. JENKINS. — Cette opération est indiquée seulement dans les cas où les lésions ne sont pas trop avancées; dans les infections de l'oreille moyenne la muqueuse, seule, est intéressée. Il peut arriver que l'antre seul soit malade sans participation des cellules voisines. Souvent alors ces cas peuvent guérir spontanément, mais dans certains cas il peut se former une fistule conduisant à l'attique ou à l'antre. Par suite d'une disposition spéciale de la région mastoïdienne, constituant ce qu'on appelle les cellules fetales antrales, la suppuration peut en ces points déterminer une nécrose osseuse qui aboutit à l'otorrhée. On constate dans ces cas: antécédents d'une infection septique grave comme la scarlatine ou la rougeole; situation de la perforation qui se trouve supérieure, postérieure, ou au niveau de l'attique; avec le Siegle on fait sourdre du pus de l'attique ou de l'antre; retour de la suppuration après une période d'accalmie; mastoïde diploétique ou infantile. On peut parfois au moyen des rayons X reconnaître la variété de mastoïditie à laquelle on a affaire.

Si on constate tous ces symptômes et qu'ils persistent encore après trois ou six mois de traitement on doit pratiquer le Schwartz.

IV. — SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 12 mars 1912.

Président : PASSOW. — Secrétaire : BEYER.

Compte rendu par A. SONNTAG (de Berlin).

Traduction par MENIER (de Decazeville).

Présentation, par BLUMENTHAL. — Il s'agit d'une bipartition du sinus latéral; dans une des parties se trouve une cloison.

L'ostéophlébite, par BLAU. — On discute la relation faite par Wagerer à la précédente séance. J'ai vu, dit Blau, il y a une vingtaine d'années une fillette qui ayant une otite moyenne aiguë bilatérale eut pendant huit jours des températures pyohémiques; après paracentèse, elles disparurent par administration de quinine en même temps que la suppuration de l'oreille cessait. A mon avis, il s'est agit probablement ici d'ostéophlébite.

BLUMENTHAL : A-t-on fait un examen bactériologique du sang dans le cas de Wagerer?

ROEHR : Il y a deux ans j'ai vu un cas dans lequel quelques semaines après une otite moyenne guérie en apparence apparurent des symptômes qui firent opérer et où on trouva une thrombose étendue du sinus. J'admets qu'ici le processus est sorti sournoisement de l'intérieur du crâne par une ostéophlébite.

WAGENER : Je ne crois pas pouvoir comparer le cas de Röhr au mien. Je n'ai pas fait d'examen du sang. D'après les constatations opératoires et le tableau pathologique j'estime qu'une thrombose du sinus est invraisemblable. Ce sont les examens microscopiques qui doivent dire si un petit caillot trouvé dans le bulbe lors des autopsies est vraiment de nature infectieuse.

Atteintes de l'organe auditif par les sons purs du sifflet, par ROEHR. — On discute cette communication.

BRUEHL : Les expériences de Röhr ont démontré la possibilité d'une dégénérescence isolée de l'organe de Corti. Jusqu'ici on n'avait réussi à produire des dégénérescences que lorsqu'on utilisait des sources sonores très intenses, mais dans ces cas il y a toujours une lésion mécanique. Il y a déjà 20 ans, von Stein, de Moscou, a essayé de provoquer des dégénérescences de l'organe de Corti par une excitation prolongée au moyen de diapasons mus électriquement. Mais il n'attribue pas à l'effet seul du son les altérations constatées, car il observa aussi chez les animaux ainsi traités de la cataracte comme conséquence de la vibration.

ROEHR : Je visais à démontrer qu'à l'opposé de l'opinion de Wittmaack, le ganglion spiral peut demeurer indemne et l'organe de Corti être atteint isolément. La gradation dans la localisation de la lésion paraît parler en faveur de la théorie de Helmholtz; les sons graves produisent des altérations plus vers le sommet et les aigus, plus vers la base.

Radiographie de la tête, par GRAUPNER. — A la Charité on emploie actuellement un inducteur à étincelles de 40 centim. avec tube

rapide de Müller et on photographie la tête en 15-12 secondes. Les tubes demi-durs ont donné les meilleurs résultats. Dans le cas de sinus frontaux particulièrement petits il faut photographier en diamètre occipito-mentonnier. Les sinus sphénoïdaux sont très bien photographiés en diamètre sous-mentonnier pariétal.

Présentation de pièces, par WESTENHOEFER.

1° Perforation artificielle de la voûte du sinus sphénoïdal droit avec lésion du cerveau et méningite consécutive.

2° Thrombophlébite purulente de la veine condylienne antérieure droite chez un homme chez lequel on avait cureté le sinus latéral droit et le bulbe de la jugulaire (ligature de la jugulaire). Il s'était formé des abcès de la musculature de la nuque et une nécrose, de la dimension d'une pièce de un pfennig, de la dure-mère spinale, juste au-dessous du trou occipital.

Séance du 26 avril 1912.

Présentation, par PASSOW. — Garçon chez lequel l'orateur a fait pour ensellure nasale une plastique avec un fragment du tibia ; l'incision fut faite en bas dans la cloison ras de la lèvre supérieure ; la peau fut décollée sur le dos du nez et le fragment de tibia fut enfoncé au-dessous. Puis des deux côtés on le fixa par une grande agrafe de Michel telle que celles indiquées par Wägener pour suture des piliers après amygdalectomie.

SONNTAG : J'ai un cas opéré de même façon, mais au lieu d'os j'employai du cartilage provenant de l'arc costal. Dans un deuxième cas de nez aplati, la méthode de Joseph (traits de scie latéraux et redressement des os propres du nez) donna un bon résultat.

HALLE : La méthode de fixation avec les agrafes de Wägener me paraît bonne.

Présentation, par LEHMANN. — 1° Cholestéatome extraordinairement étendu comprenant le labyrinthe et le limaçon ; on n'en trouvait plus que quelques résidus osseux ; 2° cancer médullaire du nez provenant du cornet moyen ; 3° cancer à épithélium pavimenteux du pavillon de l'oreille.

Présentation, par WÄGENER. — C'est un enfant avec atrésie choanale unilatérale opéré suivant la méthode de von Eicken. J'ai fait d'abord la résection sous-muqueuse de la cloison et réséquai une partie du vomer, j'écartai la muqueuse et entre les feuillets de la cloison j'ai enlevé l'atrésie avec la pince emporte-pièce. Bon résultat. Ce qui, à mon avis, cause les insuccès dans les cas opérés par les autres méthodes c'est la grande facilité avec laquelle se font les traumatismes accessoires.

KRAMM : Une opération sur le septum ne doit pas être faite sans motif urgent. Il suffirait au fond de laisser en place la partie antérieure de la cloison et d'enlever le 1/3 postérieur.

WÄGENER : Au contraire l'ablation de la partie antérieure du septum est avantageuse, car ainsi le mouvement des instruments dans la profondeur est plus aisé.

Cas de cholestéatome avec thrombose du sinus et du bulbe, par BEYER. — Le sujet est mort 4 jours après opération. Peu avant la mort il avait des douleurs dans la musculature de la nuque et ne pouvait bien mouvoir la tête de sorte qu'on pensa à la méningite. Mais comme il n'y avait ni signe de Kernig ni autres symptômes de cette affection, on ne fit pas de ponction lombaire. A l'autopsie, comme cause des douleurs on trouva de nombreux petits abcès de la musculature de la nuque et qui s'étaient produits par propagation de l'inflammation à travers les veines condyliennes antérieure et postérieure. Pas de méningite, mais il s'en serait produit une certainement car la condylienne antérieure était atteinte.

LEVY : J'ai opéré un malade avec thrombose du sinus chez lequel pendant le traitement post-opératoire, il se produisit une inflammation phlegmoneuse de la musculature de la nuque, mais qui disparut spontanément; je pensai alors aussi à une thrombose de la condylienne postérieure, fait sur lequel Mac-Ewen a déjà attiré l'attention.

BEYER : Le pronostic est meilleur au cas d'inflammation de la condylienne postérieure que dans le cas d'inflammation de l'antérieure.

Le sinus maxillaire, par CLAUS. — J'ai vu plusieurs cas qui me furent envoyés car on les soupçonnait de sinusite maxillaire, mais je constatai que ce sinus était sain. Comme cause des douleurs je trouvai dans ces cas une affection des rebords alvéolaires due à des racines malades, bien que des autorités en stomatologie aient déclaré que les dents étaient saines. Ces affections étaient toujours constatables par la radiographie avec film que je recommande dans tous les cas douteux.

V. — SOCIÉTÉ AMÉRICAINE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Réunion des 13, 14 et 15 mai 1912.

Président : DUNBAR ROY.

Compte rendu par MASSIER (de Nice).

Les rayons de Röntgen comme adjuvants du diagnostic des affections du sinus sphénoïdal, par ROSS HALL SKILLERN et GEORGE E. PFAHLER (de Philadelphie). — Les rayons X permettent d'établir les faits suivants :

- 1° La différence dans l'intensité de l'ombre des deux côtés ;
- 2° L'ombre ou une opacité anormale atteint aussi les cellules ethmoïdales postérieures ;
- 3° La capacité du sinus sphénoïdal ;
- 4° La distance entre la paroi antérieure et le vestibule du nez ;
- 5° La forme du sinus sphénoïdal avec point de vue spécial sur la paroi postérieure ou cérébrale de la paroi latérale.

Les deux premiers faits sont intéressants pour le diagnostic et le 3°, 4° et 5° pour les besoins opératoires.

BECK n'accorde pas une grande valeur aux radiographies du sinus sphénoïdal.

EDGAR M. HOLMES a pu déterminer la présence du pus dans le sinus sphénoïdal grâce au naso-pharyngoscope.

JOHN M. INGERSOLL dit qu'on peut ponctionner le sinus sphénoïdal avec un trocart droit sans enlèvement préalable d'aucun tissu et sans laisser d'ouverture permanente.

SKILLERN ne croit pas à la pression négative et à l'appareil de succion comme méthode de traitement.

La pénétration des stylets canules se heurte à des difficultés tant que le diagnostic de position n'a pas été fait.

PFÄHLER dit que le diagnostic peut être fait dans la généralité des cas, avec deux expositions, la latérale et la postéro-antérieure. La durée est de 5 à 10 secondes.

La capacité et l'aire superficielle du sinus sphénoïdal, maxillaire et frontal, par HANAN W. LOEB. — Il existe une très grande variation de forme et de grandeur dans les sinus sphénoïdaux, aussi bien que dans les paires individuelles. Article où l'on trouvera en détail les différentes dimensions des divers sinus.

Sinusite sphénoïdale en rapport avec la névrite optique, par JOSEPH P. TUNIS.

1° Anatomiquement l'ethmoïde postérieur et le sinus sphénoïdal ont pratiquement les mêmes relations intimes avec le nerf optique ;

2° Plus les sinus sont grands, moins il y a de dangers d'infections par les inflammations de voisinage ;

3° L'infection du tractus optique par propagation d'une sinusite sphénoïdale ou ethmoïdale postérieure est due plus à la continuité et à la proximité qu'à une disposition spéciale du système lymphatique dans cette région ;

4° La sinusite sphénoïdale peut apparaître indépendamment et sans association avec l'ethmoïdite ou la sinusite frontale ;

5° Dans une série d'examens des sinus accessoires d'environ cent têtes après la mort, on ne nota la tuberculose que dans un seul cas. Il y avait une variété diffuse et mal définie.

6° Quand le sinus sphénoïdal est le siège d'inflammation chronique, l'importance d'un prompt diagnostic et l'institution de mesures radicales également promptes s'impose.

La réaction de Wassermann et le salvarsan dans le traitement de la syphilis en oto-laryngologie, par JOSEPH C. BECK. — Le Wassermann est en général positif au début de la syphilis mais pas avant six semaines après le développement de la lésion initiale ; dans la période secondaire, dans 100 % ; dans la syphilis tertiaire, dans 75 à 100 % des cas ; et dans la syphilis latente, dans les 4 ans, environ 50 à 75 % des cas ; après cela 30 à 50 % seulement.

Les auteurs diffèrent sur la limite que l'on peut accorder à un patient pour paraître guéri. Les récides dans le système nerveux peuvent apparaître 3 ans après traitement complet, la réaction de Wassermann négative et les symptômes chroniques absents. Après 3 ans, d'après certains, en présence d'un Wassermann négatif, le patient peut être considéré comme guéri.

Le salvarsan a comme indications : a) syphilis maligne ou grave ; b) syphilis dans laquelle il existe une idiosyncrasie au mercure ;

c) syphilis réfractaire au mercure ; d) cas où pour des raisons prophylactiques une stérilisation rapide est nécessaire ; e) récidives ou complications venues du système nerveux ; f) chez les syphilitiques qui sont aussi infectés de tuberculose et qui, en général, tolèrent mal le mercure ; g) dans les cas où en dépit d'un traitement vigoureux et long par le mercure, le Wassermann reste positif ; h) comme mesure de diagnostic il est de beaucoup supérieur au mercure.

Les contre-indications sont : a) dans les affections oculaires où l'on a employé quelques autres préparations arsenicales, telles que hectine, énésol, arsacétine, ou atoxyl, on ne peut pas employer le salvarsan. Dans aucune affection oculaire, surtout celles d'origine syphilitique, il n'y a contre-indication à son emploi ; b) dans les affections cardiaques et l'anévrisme aortique on doit prendre de grandes précautions et l'on ne doit administrer que de toutes petites doses, voire même pas du tout. Dans les cas de trouble cardiaque compliqué de néphrite, tabès, paralysie générale, il est d'après Ehrlich contre-indiqué d'employer le salvarsan ; c) reins : néphrite aiguë, excepté le type syphilitique ; d) ulcérations stomacales et duodénales ; e) engorgement ou cirrhose chronique ou atrophique : c'est dans le foie en effet que se fait le principal dépôt du médicament dangereux ; f) dans les changements de dégénérescence progressive du système nerveux, surtout quand il y a artériosclérose ; g) dans le diabète et l'obésité générale marquée, l'alcoolisme.

Parmi les complications dues au 606, celles qui intéressent l'otologiste, on cite la lésion du nerf auditif, atteint dans 44,5 p. 100 des cas de lésions nerveuses.

Valentine classe les affections nerveuses résultant du salvarsan en 3 groupes : 1^o Affections acoustiques seulement ; 2^o affections acoustiques avec d'autres nerfs : a) de la cochléaire ; b) du vestibule ; c) cochléaires et vestibulaires.

La mesure du ton dans la production de la voix. Nécessité d'une mesure, par WILLIAM J. HENDERSON. — La physiologie doit être la base de toute étude du chant et l'empirisme ne peut donner que des idées fausses qu'il faut définitivement bannir. Il en résulte des erreurs dans l'éducation des voix. Il faut l'union entre la physiologie et la psychologie de l'enseignement vocal et ce n'est que par une cohésion entre les professeurs de chant et les laryngologistes qu'on arrivera à établir des règles fixes.

Résultat de 18 ans de recherches sur la production de la voix et l'analyse de la voix, par WILLIAM HALLOCK. — La voix est un son et le son une onde aérienne. La voix est composée de différents tons variant de hauteur et d'intensité. L'analyse de la voix montre que la hauteur varie avec la longueur de l'onde.

Dans la production correcte de la voix il doit y avoir : a) liberté absolue de mouvement des cartilages du larynx ; b) vibration parfaitement libre des cordes vocales ; c) usage le plus largement possible de l'espace de résonnance.

La loi naturelle de la production de la voix est le relâchement des

muscles extrinsèques. L'action des muscles intrinsèques du larynx doit être absolument indépendante des extrinsèques.

Science de l'art vocal au point de vue de l'usage et de l'abus de la voix, par FRANK E. MILLER. — La science de l'art vocal consiste en la beauté et la vérité de la voix. De nombreuses qualités sont requises pour obtenir un organe souple, agréable et pur. Le style et la diction sont nécessaires, en même temps que l'expression. La résonance palatine ou nasale imprimera au timbre des caractères spéciaux. Il faut à la voix aussi du volume, de la flexibilité, de l'agilité, une bonne respiration de poitrine, une bonne position de la langue. Le timbre, couleur du son, individualise les voix : il est clair ou sombre.

Des causes nombreuses influencent les espaces résonnateurs : les cornets, les amygdales. L'action de l'épiglotte, du palais, de la langue modifie les espaces de résonance. Les amygdales normales aident la voix, pathologiques elles gênent les vibrations.

HOLBROOK CURTIS se rend compte à l'aide du pharyngoscope de Holmes que les cordes vocales n'entrent pas dans la question du ton initial.

Séance du 14 mai 1912 (matin).

Séquestre de la mastoïde contenant tous les trois canaux semi-circulaires, par J. M. INGERSOLL. — Jeune fille de 6 ans avec mastoïdite droite, suite de scarlatine. Aucun symptôme de complications endo-crâniennes. Otorrhée fétide, tissu de granulation. Sensibilité et gonflement mastoïdien. Opération : 2 séquestres, un composé de cellules mastoïdiennes, l'autre contenant la plus grande partie de l'os pétreux contenant les 3 canaux semi-circulaires.

Quoiqu'un labyrinthe ait été détruit, le mouvement de l'endolymphe dans n'importe quelle direction dans le labyrinthe normal cause de la stimulation du labyrinthe et la réaction labyrinthique est plus grande du côté normal que du côté pathologique. La compensation se rétablit 2 mois après la destruction du labyrinthe et au bout de six mois, le nystagmus était égal des deux côtés.

WENDELL C. PHILLIPS cite un cas à peu près identique d'otorrhée chronique, d'origine tuberculeuse.

GEORGE F. COTT a soigné un enfant de 20 mois atteint d'otorrhée fétide et de paralysie faciale. L'oreille interne était tellement détruite que l'on pouvait reconnaître les canaux semi-circulaires et le limaçon.

Études sur la méningite, par SAMUEL I. KOPETZKY. — Il y a une analogie dans les symptômes présentées par la compression cérébrale, et par ceux présentés par les réactions des tissus méningés à l'infection microbienne ; 2° L'infection du système nerveux central, particulièrement dans les membranes enveloppant le cerveau, se manifeste par une augmentation de la tension du liquide cébro-spinal avec des troubles fonctionnels du vague, des centres vasomoteurs et respiratoires ; 3° Ces symptômes dominent le tableau

clinique de la méningite, modifiée dans une certaine mesure par d'autres facteurs ; 4° L'évidence de l'augmentation de la tension est réalisable par des mensurations manométriques de la pression sanguines, par l'étude systématique et répétée du fond de l'œil, par les résultats de la ponction lombaire et une observation minutieuse du caractère et du taux de la respiration. Le résultat de la croissance bactérienne pathogénique dans le système nerveux central est montré par la disparition précoce de l'élément carbohydrate dans le liquide cérébro-spinal, et la présence à sa place de produits nitrogènes, résultat de la destruction des tissus. Ces deux facteurs produisent les symptômes d'intoxication générale. Dans l'évolution de la méningite, la stase, ou l'obstacle à la circulation normale du fluide cérébro-spinal, cause une accumulation des produits d'activité bactérienne et enzymatique qui s'installent dans le liquide. Les corps, ainsi collectés, sont des poisons des nerfs et produisent leurs effets délétères directement sur les cellules du système nerveux central.

Le traitement chirurgical de la méningite, par IRVING S. HAYNES.

— Le but de l'opération — drainage du grand réservoir — est :

1° Ouvrir le grand réservoir, guérir la pression intra-cranienne, et restaurer la fourniture normale d'un bon sang dans les centres vitaux ;

2° Faire cela sans danger pour le foramen magnum par déplacement en arrière du tronc cérébral ;

3° Prévenir le shock et la mort possible du patient par une échappée trop soudaine du liquide cérébro-spinal ;

4° Pourvoir à un drainage libre et continu du liquide cérébro-spinal infecté et aussi forcer la nature à effectuer la guérison de cette maladie ;

5° Permettre l'inspection du trou du Magendie, et s'il est fermé, le réouvrir ;

6° Prévenir des complications possibles, surtout l'hydrocéphalie ;

7° Atteindre ce but désirable par une opération de la technique la plus simple, dans un minimum de temps, avec le moins de shock ;

Les conclusions sont :

Morts méningées : après les meilleurs traitements 10 à 25 p. 100, les autres cas, 100 %.

Morts méningées par production de pression intra-cranienne, anémie des centres vitaux et leur paralysie.

La pression intra-cranienne est aidée dans ses effets par les résultats constitutionnels de l'infection : septicémie et bactériémie.

La présence de l'infection est démontrée précocement dans le liquide cérébro-spinal retiré par ponction lombaire et par les effets cliniques de la pression intra-cranienne, le fond de l'œil, le pouls, la respiration et l'état de la sensibilité.

Cette évidence précoce de l'infection méningée est clairement démontrée par : 1° l'augmentation progressive de la pression sanguine ; 2° l'absence de carbohydrate du fluide centro-spinal ; 3° l'œdème de la pupille ; 4° une sensibilité émoussée ou irritable. De tels signes prouvent absolument qu'il y a infection. S'il existent, le diagnostic est certain et la fin est sûre.

Il se passe quelques heures ou quelques jours pour la mort.

Il n'y a pas de mesures thérapeutiques actuelles qui sauvent plus de 75 à 90 % des infections à diplocoques et pratiquement aucune des autres variétés.

La seule guérison est par un enlèvement précoce, libre et continu du liquide cérébro-spinal se formant rapidement, prévenant ainsi la compression cérébrale, l'anémie bulbaire, la paralysie et la mort.

L'anatomie, la physiologie et la chirurgie montrent que la cisterna magna est la meilleure place pour un tel but.

L'opération qui l'atteint dans le minimum de temps, avec le moins de dégât structural, avec le minimum d'hémorragie, avec le maximum d'accès de la région, avec prévision pour un drainage parfait et continu, avec facilité d'explorer et traiter certaines parties adjacentes et prévenir les complications et avec la plus grande sécurité pour le malade est la meilleure.

Le procédé opératoire cité ci-dessus pour drainer la cisterna magna remplit tous ces desiderata plus complètement que tout ce qui a été proposé jusqu'à ce jour. Ce doit donc être l'opération de choix pour l'opération de la méningite septique.

WENDELL C. PHILIPPS cite trois cas de méningite terminés par la mort, où les conditions cliniques et opératoires se rapportaient aux conclusions formulées ci-dessus.

EDWARD B. DENCH apprécie la valeur de toute mesure qui permettrait de faire un diagnostic précoce de la méningite cérébro-spinale ; il constate aussi que toute opération hâtive, selon Haynse, est la meilleure façon d'obtenir des succès.

JOSEPH B. BECK dit que toutes les épreuves sérothérapiques devraient être faites avec des liquides froids.

Abcès cérébral d'origine otitique : étude de 21 cas personnels, par EDWARD BRADFORD DENCH. — Dans le nombre, il y avait 17 abcès temporo-sphénoïdaux et 4 cérébelleux.

Les voies d'infection sont : en un cas dans l'insula de Reil, d'origine métastatique ; un autre cas suivit une opération décompressive au cours d'une exploration du lobe temporo-sphénoïdal.

Dans les abcès cérébelleux, il y eut 3 fois infection à travers le sinus latéral. Dans le 4^e cas il y avait un néoplasme du tronc du nerf auditif ; et l'infection se fit probablement par le canal auditif interne. La fréquence est relative en ce qui concerne la suppuration aiguë ou chronique de l'oreille moyenne.

Dans un cas, la durée de la suppuration auriculaire fut inconnue. Dans 7 cas il y eut suppuration chronique ; dans 10 cas suppuration aiguë. Dans 2 cas aigus il y eut latence des accidents : un 10 ans, un autre un mois. Dans 4 cas il y avait avec une otite moyenne aiguë un petit antre.

Au point de vue opératoire : sur 17 abcès temporo-sphénoïdaux 10 moururent et 7 guérirent. 3 des abcès cérébelleux moururent, un guérit.

JAMES F. MCKERNON assigne comme voie d'infection des abcès temporo-sphénoïdaux le toit de l'antre. Il accorde une grande valeur à la numération leucocytaire. Il faut suivre pour opérer la voie d'entrée de l'infection.

L'opération décompressive permet d'explorer la cavité de l'abcès et prévient la méningite secondaire.

GEORGE F. COTT ne croit pas que la douleur est constante.

EWENG W. DAY attire l'attention sur des phénomènes semblables à ceux d'un abcès, dus uniquement à un thrombus. L'ouverture de la jugulaire et du sinus fit disparaître ainsi une fois des symptômes cérébraux.

La trompe d'Eustache dans l'otite moyenne chronique, par EDGAR M. HOLMES. — Pathologie générale : il y a des degrés dans l'inflammation associée.

Etiologie : toutes les conditions nasales peuvent la rendre malade.

Pronostic : irrégulier.

Traitement : soigner le nez, le naso-pharynx ; bougirage ; hygiène.

FRANCIS F. EMERSON insiste étant donné la connexité de tous les aliments inflammatoires de la région nasale, naso-pharyngienne, tubaire sur la nécessité de soigner tous les foyers malades dans ces organes.

Lorsque le catarrhe naso-pharyngien est traité, la trompe ouverte il y a quelque fois encore dans la trompe du tissu muqueux, tenace, visqueux, des bandes ou des constrictions à l'isthme qu'il faut traiter. Cela consiste à introduire dans la trompe après forte cocaïnisation un tampon imbibé d'argyrol à 30 %.

SIDNEY YANKAUER a inventé pour examiner la trompe un tube de 1,5 mm. de diamètre courbé à une extrémité selon la courbure normale des curettes salpingiennes ; à travers ce tube introduit dans une perforation du tympan il passait une bougie jusque dans le naso-pharynx. Avec la rhinoscopie postérieure il se rendait compte jusqu'où la bougie affleurait dans la trompe.

Observations anatomiques, pathologiques et chirurgicales sur le sinus latéral et la veine jugulaire, par JOHN F. BARNHILL. — Un diagnostic précoce de la présence de l'infection du sinus rend l'intervention plus favorable. Cependant les symptômes qui la caractérisent sauf le frisson et les raideurs ne sont jamais vus au début de l'affection. Donc l'otologiste est-il justifié à pratiquer une opération exploratrice dans un cas de mastoïdite où la pyémie est le symptôme dominant et où il n'y a aucune probabilité de méningite, abcès cérébral ou maladie générale. L'auteur répond par l'affirmative.

La thrombose n'est pas facile quand on expose ainsi le vaisseau et en cas de nécessité on peut par besoin diagnostique explorer le sinus sigmoïde sans risque sérieux pour le patient.

HENRY C. REIK pense que le sinus est résistant, dans une large mesure, à l'infection et qu'il est tout à fait justifié de tenter une opération exploratrice dans les cas suspects.

Cas d'inflammation bilatérale du canal auditif externe, par DUNBAR ROY. — Cas qui se termina par la mort du malade après incision du gonflement du conduit. A l'autopsie il y avait thrombose septique du sinus latéral droit et caillot organisé dans le sinus latéral gauche. Oreille moyenne et interne macroscopiquement saines.

VI. — SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 26 février 1912.

Président : POLITZER. — Secrétaire : E. URBANTSCHITSCH.

Compte rendu par Hugo FREY.

Traduction par R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Coloration bleue de la paroi interne de la caisse, par B. GOMPERZ. — A la suite d'une scarlatine un jeune homme de 17 ans présente une otite suppurée droite qui guérit en laissant une énorme perforation. Toute la paroi interne de la caisse bien épidermée présente une coloration bleu foncé persistant depuis 3 mois. Il ne saurait s'agir d'une déhiscence du golfe de la jugulaire.

Sur un cas de tache jaune tympanique, par B. GOMPERZ. — A propos d'un cas présenté, G. estime qu'il faut voir là simplement un reste d'huile médicamenteuse instillée par le patient dans son oreille.

URBANTSCHITSCH, RUTTIN, BENESI ont observé des cas analogues (coloration bleue de la caisse) il s'agissait d'exsudats qui après incision laissaient écouler un liquide brunâtre. Ces formations se présentent surtout après l'évidement pétro-mastoïdien.

FREY estime que s'il s'agissait d'un kyste ce serait une rareté car ici la trépanation n'a pas été pratiquée; mais il pourrait s'agir très bien aussi d'une ectasie veineuse (Rohrer), l'incision préciserait le diagnostic.

GOMPERZ. Il ne saurait s'agir d'un kyste car la cicatrice est partout adhérente à l'os, il ne saurait non plus s'agir de varices.

Démonstration d'un cas d'ossification du labyrinthe avec symptôme de compensation de Ruttin, par BONDY. — Le cas présenté par Bondy démontre la valeur du symptôme de Ruttin dans les cas de guérison de la labyrinthite.

Labyrinthite diffuse à droite, circonscrite à gauche, avec remarques sur les troubles de l'équilibre, par RUTTIN.

Abcès parotidien ouvert dans le conduit auditif externe, par RUTTIN. — Ce cas est intéressant au point de vue du diagnostic étiologique, il semblerait que l'abcès se soit ouvert dans le conduit à travers une fissure de Santorini.

Carcinome de l'oreille. Amputation du pavillon. Greffes de Thiersch, par RUTTIN.

Diagnostic différentiel entre la paralysie progressive et la gomme du cervelet, par O. BECK. — Un jeune homme de 35 ans, syphilitique depuis 11 ans, présente depuis un an 1/2 des bourdonnements d'oreille à gauche. L'oreille devient sourde. A droite quelques bourdonnements passagers; céphalées à gauche surtout depuis six ans.

Rhinite syphilitique qui cède au traitement spécifique. Des symptômes de paralysie progressive apparaissent et le malade est transporté dans un asile d'aliénés. État somnolent, apathie. Puis pendant trois semaines se montrent des vomissements, et une ataxie très forte. Après une cure mercurielle l'état s'améliore au point que le malade reçoit son exeat.

Le 3 janvier 1912 le malade se présente à O. Beck qui trouve : oreille moyenne normale à D. et à G.

O. G. — V = 75 cm. v = 25 cm.

O. D. — V = 8 m. v = 4 m.

Nystagmus horizontal plus fort vers la droite que vers la gauche.

Epreuve de Romberg : chute en arrière vers la droite, sans que le changement de position de la tête influe sur la direction de la chute.

Epreuve calorique à gauche : apparition rapide d'un violent nystagmus, la direction de la chute reste la même que plus haut.

Epreuve calorique à gauche : normale.

Après examen du fond de l'œil et examen du système nerveux Beck conclut à une tumeur du cervelet, en l'espèce une gomme. Il se base sur : 1° le fort nystagmus que l'on trouve comme dans les tumeurs ; 2° l'hyperexcitabilité du côté malade ; 3° l'absence de concordance entre la direction de la chute et la direction du nystagmus après le lavage de l'oreille gauche.

A l'heure actuelle le malade est presque guéri après le traitement spécifique mais la surdité persiste.

Perte de l'excitation labyrinthique gauche au cours d'une labyrinthite suppurée droite ; retour de la fonction à gauche après opération à droite, par O. BECK. — Un homme de 32 ans, souffrait d'une double otite suppurée, datant de 4 ans à droite et de deux ans à gauche. Depuis trois mois du vertige est apparu obligeant le malade à se coucher lors des attaques. Depuis peu la marche est devenue très incertaine dans l'obscurité. Pas de fièvre. Pas de syphilis.

Oreille droite : Surdité complète. Pas de réaction calorique, pas de réaction à la rotation, pas de signe de la fistule. Destruction totale du tympan, polype sur la paroi labyrinthique de la caisse ; cholestéatome de l'attique.

Oreille gauche : V = 7 m. v = 0 m. 25. Destruction presque complète du tympan. Pas de réaction à la rotation. Pas de réaction calorique. Pas de symptôme de la fistule ni de nystagmus spontané.

On fait à droite l'opération du labyrinthe de Neumann. Trois semaines après on trouve pour l'oreille gauche : V = 7 m. comme auparavant, pas de réaction à la rotation, mais après un lavage de l'oreille à l'eau froide apparaît un nystagmus faible, mais indiscutable vers la droite dans le regard à droite.

Six semaines après l'opération, les nystagmus rotatoires et caloriques apparaissent.

Il semblerait que ce malade appartînt à la catégorie décrite par Bárány et Herzog.

Perte de l'excitation labyrinthique, isolée et d'origine syphilitique avec troubles de l'équilibre d'origine hystérique, par O. BECK.

Présentation d'un fauteuil rotatoire, par BARANY. — Fabriqué chez Reiner à Vienne.

Anomalie anatomique dans le trajet de la jugulaire, par E. URBANT-SCHITSCH.

Neurofibromatose centrale, par BONDY. — Une jeune fille de 16 ans devient successivement totalement sourde de l'oreille droite puis de l'oreille gauche. La vision de même a considérablement faibli. En même temps apparaissent un peu partout sur le corps de petites tumeurs de la grosseur de noisettes.

L'examen des oreilles décèle une surdité complète avec abolition de l'excitation vestibulaire.

Ce cas est le vingtième de ce genre publié déjà, mais il a ceci de particulier, c'est que le nerf optique a été atteint par les tumeurs.

O. MAYER a trouvé un neurofibrome dans le tronc du nerf vestibulaire sans qu'il y eût ailleurs sur le corps aucune tumeur analogue.

H. STERN. A eu l'occasion d'examiner la voix et le langage de la malade et donne à ce sujet quelques renseignements.

Nécrose du labyrinthe, par NEUMANN. — Il résulte de l'exposé de ce cas que toute intervention intratympanale devrait être précédée d'un examen exact du labyrinthe, le simple lavage de l'attique pouvant amener la mort dans les cas de maladies inflammatoires du labyrinthe.

VII. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

Séance du 5 mai 1914.

Président : P. WATSON-WILLIAMS.

Compte rendu par A. RAOULT-(de Nancy).

Observations au sujet du traitement de la sinusite frontale suppurée :

CAS I, par S^t-CLAIR THOMSON. — Malade présenté à la Société le 4 décembre 1908 quinze jours après la cure radicale à gauche (Killian); l'antre gauche et les cellules ethmoïdales ont été opérés en même temps; sinus sphénoïdal sain. La radiographie a montré que le sinus frontal gauche dépassait la ligne médiane et qu'il y avait une galerie orbito-ethmoïdale courant en arrière du pont. Résultat excellent au point de vue esthétique et curatif.

CAS II, par S^t-CLAIR THOMSON. — Pansinusite droite opérée il y a quelques années. Guérison complète de la suppuration et de la céphalée très violente. Résultat esthétique moins bon à cause de la fracture du pont de Killian pendant l'opération.

CAS III, par S^t-CLAIR THOMSON. — Malade, 22 ans, présenté à la Société le 4 mars 1910, six semaines après l'opération; pansinusite unilatérale, les quatre cavités ont été ouvertes dans la même séance. La suppuration a disparu; il reste une petite croûte dans la région ethmoïdale; résultat esthétique satisfaisant.

CAS IV, par IRWIN MOORE. — Femme de 50 ans, sinusite frontale

gauche, suppuration de l'antre, des cellules ethmoïdales de ce côté. Cure radicale (Killian). Mauvais état général, opérée depuis peu de temps 4 fois pour différentes affections d'un autre ordre.

Sinus frontal très grand, s'étendant en arrière au delà de la voûte orbitaire, revêtu de muqueuse polypeuse avec suppuration. Destruction des cellules ethmoïdales malades. Abrasion de la portion de la voûte orbitaire formant plancher du sinus; ouverture intra-nasale de l'antre rempli de pus.

Deux mois après l'opération, pas de pus dans le nez ni dans les sinus. Cessation de la céphalée, état général meilleur.

CAS V, par IRWIN MOORE. — Jeune homme 18 ans, sinusite frontale maxillaire et ethmoïdite bilatérale compliquée d'une fistule externe. Opération unilatérale antérieure; l'auteur opéra récemment les quatre sinus et les deux ethmoïdes. Il y a trois ans, ablation de polypes à droite. Il y a un an, tuméfaction de la paupière gauche et abcès frontal; ouverture du sinus frontal gauche par incision médiane et incision par le sourcil; enlèvement d'une portion de la paroi antérieure.

En juillet 1910 : céphalées violentes, gêne nasale à gauche, écoulement de pus des deux narines, fistule frontale depuis la dernière intervention, fosse nasale remplie de polypes, pus. Fosse nasale gauche: état polypeux de l'ethmoïde, pus dans région fronto-ethmoïdale. Pus dans les deux sinus maxillaires; trois fistules avec suppuration au côté gauche du front. Opération en septembre 1910. Ouverture du sinus frontal gauche par l'ancienne incision; muqueuse dégénérée et pus; enlèvement large de la paroi antérieure, grosse cellule fronto-ethmoïdale découverte et détruite. Il communiquait avec le sinus droit plein de pus dont la paroi antérieure a été enlevée. Curettage des deux ethmoïdes par voie intra-nasale. Opération intra-nasale sur les deux sinus maxillaires. La plaie frontale n'a pas été fermée. Guérison sans incident. Amélioration de l'état général. On pratiqua un Caldwell-Luc pour le sinus maxillaire gauche; il était rempli de polypes et de pus. Il y a encore du pus dans les deux régions fronto-ethmoïdales; il en suinte par l'incision frontale médiane, il semble provenir du sinus frontal droit; le gauche paraît guéri.

CAS VI et VII, par STUART-LOW. — Deux femmes de 25 et 28 ans opérées par le procédé d'Ogston-Luc. Depuis des années écoulement de pus fétide par le nez, céphalées violentes. Ethmoïdite septique bilatérale, surtout à gauche. Ablation des 2/3 antérieurs de l'ethmoïde, puis Ogston-Luc; destruction de la paroi entre les deux sinus, enlèvement des polypes des deux cavités. Drainage des deux sinus par la cavité nasale au moyen d'un drain de caoutchouc. Résultat très bon, guérison complète.

Etat actuel du traitement des suppurations du sinus frontal, par P. WATSON-WILLIAMS.

a) *Sinusites frontales aiguës*. — En dehors du traitement classique adopté par tous, l'auteur observe du soulagement de la

douleur par des applications externes de capsicum et de menthol. Opinions discutées sur les applications de cocaïne et d'adrénaline et les inhalations de menthol. Bain de lumière électrique de von Eicken.

1° Si les moyens médicaux échouent, s'il existe une ethmoïdite antérieure bien caractéristique, faire la conchotomie moyenne antérieure avec ablation de la bulle ethmoïdale et ouverture des cellules ethmoïdales antérieures.

2° S'il y a phlegmon des tissus mous dans la région sinusale, opération externe nécessaire (ouverture et lavages).

3° S'il existe une nécrose des parois du sinus, une fistule externe, s'il y a à craindre des complications intra-crâniennes, faire la cure radicale.

b) *Sinusites frontales chroniques.* — Traitement intra-nasal et applications locales dans les fosses nasales doivent être essayés systématiquement après suppression de toute obstruction du canal. L'auteur traite d'abord les autres sinusites coexistantes (maxillaires, sphénoïdales, ethmoïdales). Enlever tête du cornet moyen et souvent ouvrir bulle ethmoïdale et cellules antérieures, enlevant polypes qu'on rencontre. Souvent le drainage du sinus frontal se fait à la suite de ce traitement, et lavages de ce sinus suffisent. L'auteur emploie des lavages avec une solution saline, puis après avec une solution faible d'iode ou de protargol à 15 % et solutions de nitrate d'argent. Bons résultats aussi par lavages avec une solution d'eau oxygénée, puis de menthol et d'eucalyptol. La vaccinothérapie au moyen d'émulsions bacillaires autogènes donne des améliorations, moins rarement des guérisons.

FLECHTER INGALS pratique l'élargissement du canal naso-frontal par voie endo-nasale; il a une statistique de 95 % de guérisons.

Objections de l'auteur à ce procédé :

1° L'ouverture large du canal et du sinus frontal expose un canal osseux à l'invasion de microorganismes virulents, sans toucher à la muqueuse pyogène qui continue à suppurer;

2° La muqueuse du canal est détruite largement, danger d'une sténose cicatricielle consécutive;

3° Souvent on ne peut pas ouvrir et enlever toutes les cellules fronto-ethmoïdales malades ou anormales. Pour l'auteur, on a exagéré l'importance de l'obstruction du canal naso-frontal, comme cause de suppuration persistante du sinus frontal et des céphalées répétées coexistantes. L'obstruction empêchant l'écoulement augmente ces douleurs; mais souvent le conduit naso-frontal n'est pas obstrué et les malades se plaignent de céphalées à répétition avec exacerbations.

Indications de la cure radicale :

1° persistance de sécrétions de pus, malgré traitement endo-nasal, pouvant provoquer graves inconvénients et altération permanente de la santé; — 2° céphalées persistantes, dépression nerveuse ou autres, phénomènes nerveux; — 3° érysipèles à répétition de la

face, phlegmon externe ou orbitaire, nécrose des parois du sinus, fistule ou symptômes faisant prévoir des complications endo-craniennes. Faire entrer en ligne de compte : l'âge, les occupations, situation sociale et matérielle du malade, volume, forme du sinus (radiographie). On ne peut comparer les différentes méthodes au point de vue des résultats par les seules statistiques ; la chose dépend de la conformation anatomique du sinus, de la nature, du caractère des complications, de la virulence et du type de l'agent pathogène.

Choisir un procédé donnant large accès à toute la partie atteinte, et produisant le moins de défiguration possible. On ne peut assurer une guérison complète avec cessation de la suppuration des céphalées et des douleurs ; possibilité de complications par ostéomyélite. L'auteur préconise son procédé ostéoplastique, donnant plus large accès au sinus que celui de Killian ; découvre canal nasal et cellules ethmoïdales par face antérieure au lieu de côté externe. Avec le procédé de Killian, s'il reste un pont large, il gêne la vue et rend difficile l'accès des cellules ethmoïdales ; si le bout est détruit, l'os peut se résorber. L'auteur a vu ce fait deux fois ; il préfère l'opération de Killian quand il existe une fistule, ou que le sinus a été opéré par le plancher.

Sur les 28 cas qu'il a opérés par la cure radicale, 11 ont guéri (procédé Killian : 3 cas ; Watson-Williams : 7 cas ; dans un cas Killian et Watson-Williams droit et gauche) ; 13 se sont améliorés (4 Killian, 9 Watson-Williams) ; 2 améliorés insuffisamment ; 2 résultats peu satisfaisants.

VIII. — RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ JAPONAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance des 2 et 3 avril 1911, à Tokio.

SECTION RHINO-LARYNGOLOGIQUE.

Compte rendu par INO KUBO (de Fukuoka).

Traduction par MENIER (de Figeac).

Présentation d'un nouveau réflecteur frontal, par MIYAJI.

Statistique de la syphilis bucco-pharyngienne, par NAKANO.

Le 606 dans la syphilis des cavités buccale, pharyngienne et laryngienne, par NAKANO. — L'orateur a eu de bons résultats dans 12 cas.

Goitre aberrant à la base de la langue, par NAKAMURA. — 1^{er} cas : tumeur du volume d'une noix dure et élastique dans la région du foramen coecum chez un homme de 31 ans ; il n'y avait que des troubles dysphagiques et pas autre chose ; 2^e cas : chez un homme de 21 ans on voit une tumeur pharyngienne qui, depuis l'enfance, a provoqué le ronflement et plus tard des troubles de la déglutition. Le microscope a démontré la nature thyroïdienne.

Présentation des organes cervicaux d'un malade mort de chlorose, par YOSHII.

Pharyngite gangreneuse, par HAMAJI. — Chez un malade entré

avec soupçon de syphilis cérébrale, on observe 20 jours après injection de 606 une ulcération du volume d'une pièce de 1 mark sur le pharynx, avec fièvre et délire. Amélioration progressive par badiageonnages avec la solution de nitrate d'argent. La relation avec le 606 n'est pas démontrée.

Angine pneumococcique, par HAYASHI. — L'orateur relate 2 cas.

Statistique sur les empyèmes des sinus, par NAKATA. — L'orateur a examiné macroscopiquement et microscopiquement les sinus de 121 cadavres. 57 fois il a trouvé empyème du sinus maxillaire sur les 121 cadavres et 8 fois empyème des autres sinus sur 57 cas examinés, 40 fois le contenu des sinus était purulent, 14 fois séreux, 6 fois kystique et 3 fois muqueux sur les 57 cas examinés et 5 fois purulent, 2 fois séreux et 1 fois muqueux dans les 8 derniers cas. L'âge des malades variait entre 10 et 20 ans. C'était le sinus maxillaire qui était le plus souvent atteint bilatéralement, puis viennent les cellules ethmoïdales. 4 fois il y avait association des sinus maxillaires et des cellules ethmoïdales, 1 fois maxillaire, sinus frontal et ethmoïdal et 1 fois sinus frontal, sphénoïdal et ethmoïdal. Les cas d'empyème furent rencontrés 15 fois sur 20 tuberculeux, 6 fois sur 12 pneumoniques, 7 fois chez des cancéreux, 5 fois sur 10 cardiaques, 8 fois sur 8 malades atteints de péritonite, 7 fois chez 12 néphrétiques, 2 fois sur 7 malades atteints d'affections du foie, 3 fois sur 5 malades atteints d'affections intestinales, 4 fois sur 7 malades atteints de pyohémie, etc. (Il faut que tous les sinus soient examinés à fond pour pouvoir fournir des relations numériques exactes, Kubo).

NAKAMURA : Je ne crois pas à la fréquence des empyèmes dont parle l'orateur et je n'appelle pas empyèmes les cas où on ne trouve qu'une muqueuse légèrement infiltrée ou une petite quantité de sécrétion muco-purulente.

MURATA : J'ai trouvé dans la lèpre tuberculeuse que le sinus maxillaire est généralement atteint et que souvent le contenu fétide du sinus est séro-purulent. Dans la muqueuse du sinus j'ai constaté de l'infiltration et des nodules lépreux.

WADZUJI : Il est possible que dans certaines circonstances les agents de l'empyème se transforment en infection généralisée. Les affections générales signalées par l'orateur comme complications doivent être regardées plutôt comme la conséquence des empyèmes sinusiens.

Adénome du nez, par SATO. — Chez un homme de 37 ans, opéré depuis quelques années pour polypes du nez, sinusite maxillaire chronique, hypertrophie des cornets, etc., l'orateur trouva une tumeur du volume de l'extrémité du pouce provenant du cornet moyen gauche et adhérente à la cloison ; l'examen microscopique révéla de l'adénome simple.

K. SATO et NAKAMURA relatent des cas analogues.

Sur les altérations cancéreuses des nerfs du larynx et des muscles dans la paralysie récurrentielle provoquée par cancer de l'œsophage, par K. OYAMA. — Une femme de 62 ans se plaignait d'en-

rouement, de gêne pour la respiration et la déglutition. Le diagnostic clinique était cancer du médiastin, mais l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage.

OYAMA constata par des examens microscopiques que le muscle crico-aryténoïdien postérieur était de tous les muscles du larynx celui qui était le plus atteint et que l'altération cancéreuse se produit d'abord dans la gaine externe du nerf et que le récurrent présente des altérations considérables dans sa partie périphérique tandis que l'infiltration carcinomateuse est encore minime dans la gaine du nerf.

MATSUI : Le diagnostic exact aurait été possible grâce à l'œsophagoscopie.

OYAMA : Chez les malades très affaiblis, il ne faut pas se risquer à faire une œsophagoscopie dangereuse. Deux fois j'ai extrait des dents artificielles de l'œsophage à l'aveugle ; un opérateur exercé peut faire immédiatement l'œsophagoscopie, mais en règle générale il faut essayer les méthodes plus simples.

KUBO : Je regrette que l'œsophagoscopie (comme aussi la trachéo-bronchoscopie) ne soit pas encore pratiquée d'une manière générale par les spécialistes ; naturellement ceux qui ne sont pas habitués ne doivent pas être trop aventureux.

Traitement de l'ozène vrai, par ISHIZUKA. — Insufflation de soufre en poudre fine et lavage de la cavité nasale le lendemain. On répète cette manœuvre.

Sur le stade précoce de l'ozène vrai, par A. KIMURA. — Il n'est pas nécessaire d'admettre un stade hypertrophique préliminaire ; mais à mon avis, il me paraît que l'atrophie est précédée d'un stade catarrhal.

OKONOGI : Je doute de l'existence de l'ozène vrai. Ce qu'on appelle la triade peut se rencontrer soit chez les scrofuleux, soit chez les syphilitiques. Le diagnostic d'ozène doit être édifié sur l'examen étiologique.

NAKAMURA : Après la turbinotomie inférieure on voit souvent des phénomènes analogues à l'ozène.

KUBO : Déjà (1907) j'ai mis en garde contre la résection irraisonnée des cornets et appelé rhinite chronique atrophique opératoire, l'état analogue à l'ozène qui est consécutif à la turbinotomie inférieure.

Traitement de la sinusite frontale, par KIMURA. — Dans les cas aigus, lavages du nez et dans les autres, opération radicale avec petite incision cutanée.

Traitement au Salvarsan, par KANASUGI. — L'orateur communique 48 cas de syphilis qui furent favorablement influencés par les injections de 606.

Régénération des cordes vocales après extirpation, par AKAMATSU. — Recherches expérimentales sur 10 chiens suivant la méthode de Citelli, de l'avis duquel l'orateur est absolument.

OKADA : Avec B. Fränkel je pense que les cordes vocales peuvent se régénérer car l'expérience clinique le prouve.

Démonstration de lèpre nasale, par MURATA.

Contribution à l'anatomie comparée du larynx, par OZEKI. —

L'examen de 140 larynx a conduit Ozeki aux conclusions suivantes : la hauteur du larynx est en moyenne de 4 cent. 1 chez l'homme, de 3 cent. 5 chez la femme et de 2 cent. 1 chez l'enfant, c'est-à-dire qu'elle est plus faible que chez les Européens. La longueur de la corde vocale est de 2 cent. chez l'homme, 1 cent. 1/2 chez la femme et 0,9 chez l'enfant, c'est-à-dire elle est plus courte que chez les Européens. Autrement il n'a pas d'autres différences avec eux.

Fossette glosso-épiglottique chez les Japonais, par OZEKI. —

En général cette fossette est à peu près égale chez les Japonais et les Européens en ce qui concerne la forme et la grandeur. Chez les premiers, elle est d'ordinaire peu profonde et elle est absente dans 18, 8 % des cas sur 170, mais je n'ai vu une absence totale que dans un seul cas. Asymétrie du repli glosso-épiglottique médian 5 %; absence de ce repli : 1,4 %.

Altérations lépreuses du larynx, par MISHIMA. —

Après examen de 3 cas, l'orateur fait ressortir les points suivants : l'altération du cartilage se produit par infiltration du périchondre. L'épithélium cylindrique se transforme en épithélium pavimenteux grâce à l'altération lépreuse de la muqueuse.

KAWAKAMI : L'enrouement est fréquent dans la lèpre tuberculeuse mais est rare dans la lèpre nerveuse. A l'hôpital de Zensei (léproserie) j'ai vu de l'enrouement dans 22 % des cas sur 200 lépreux à forme tuberculeuse et 1,40 % parmi 40 cas de lèpre nerveuse. Dans la cavité buccale le tubercule fait son apparition la plus précoce le long du raphé médian du voile. D'ordinaire on voit au laryngoscope que le bord de l'épiglotte est épaissi et bosselé.

MURATA : Dans la lèpre tuberculeuse l'altération est d'ordinaire au-dessous de la couche épithéliale, mais on ignore encore si les bacilles de la lèpre existent aussi dans les cellules glandulaires. Le diagnostic différentiel avec la tuberculose est très difficile.

Modifications histologiques du larynx dans la leucémie, par

TADOKORO. — Chez un leucémique de 34 ans, on ne trouva cliniquement aucune altération particulière du larynx, mais à l'autopsie on constata une légère infiltration oedémateuse de la muqueuse et à l'examen microscopique de l'hypertrophie de la muqueuse du ventricule de Morgagni et des altérations leucémiques dans la partie médullaire du cartilage.

Erysipèle idiopathique de la face et infection streptococcique du pharynx, par OKADA. — Dans l'érysipèle dit idiopathique faire attention au pourtour des ailes du nez et à la muqueuse du pharynx où on peut souvent trouver des streptocoques dans les sécrétions.

Rotation latérale de la tête du lapin lors de l'injection de Salvarsan, par HATA (réponse à Ozeki). — Je n'ai pas observé ce phénomène dans mes nombreux cas expérimentaux. Il est possible que le 606 soit oxydé dans le canal intestinal; mais le phénomène en question ne peut s'expliquer. Il vaut mieux injecter le produit dans les veines.

KUBO : Plus tard on a trouvé des parasites dans l'organe auditif du côté atteint chez l'animal d'expérience.

Cas de mort par le chloroforme après opération mastoïdienne avec symptômes cérébraux, par SATO.

MATSVI : A la clinique de Kubo (de Fukuoka) nous faisons généralement l'opération mastoïdienne sous anesthésie locale.

Présentation de papillome du nez, par OYAMA. — Nakamura relate un cas semblable.

Contribution à l'examen bactériologique de l'otite moyenne aiguë, par MATSUI. — Après examen de 36 cas l'orateur arrive aux conclusions suivantes : l'infection diplococcique n'est pas toujours prédominante, d'ordinaire on trouve des streptocoques dans les otites consécutives aux maladies infectieuses aiguës : dans l'infection streptococcique l'antre est atteint plus tôt que ne se fait la perforation du tympan. Dans les cellules mastoïdiennes mal développées on trouve d'ordinaire des pneumocoques et dans celles qui sont bien développées on trouve des streptocoques.

NAKAMURA : Il est douteux que la variété de l'agent morbide dépende de la forme des cellules mastoïdiennes.

OKONOGI : La classification des otites sera sûrement modifiée quand on constate une otite moyenne aiguë sans agent. Jusqu'ici nous n'avons pas de classification des otites faite sur une base bactériologique.

MATSUI : Dans deux cas je n'ai pu trouver d'agent morbide ni sur frottis ni par des cultures.

Altérations de l'organe auditif après pneumomassage violent du tympan, par TOMITA. — Ce sont les résultats d'expériences faites sur 3 lapins. L'orateur croit que les altérations sur la deuxième membrane tympanique et sur la membrane de Corti furent provoquées par le massage pneumatique et il met en garde contre l'abus du massage.

Contribution au traitement des bourdonnements d'oreille par la solution saline, par MIZUKOSHI. — L'orateur a essayé la solution saline en injection et en grandes quantités (4 à 500 gr.) chez des sujets atteints de bourdonnements nerveux et il a eu de bons résultats. D'après lui il semble qu'il puisse exister une relation entre les bourdonnements et la densité du sang.

NAKAMURA : L'injection quotidienne d'une si grande quantité de solution saline pourrait provoquer un trouble quelconque du côté du cœur ou du foie.

IKETA : D'après des expériences sur 4 malades ce traitement paraît avoir plus d'influence sur l'acuité auditive que sur les bourdonnements.

Embryologie de l'oreille interne du chien, par WADA. — L'orateur a étudié le stade de la perception des sons et l'histologie de l'organe auditif chez des embryons au 48^e et au 53^e jour après l'accouplement et chez des jeunes chiens de 10 à 15 heures. La perception des sons débute après le développement de l'organe de Corti et du système nerveux.

Examen histologique de l'organe auditif dans le tabès, par INADA.

— Examen d'un cas dans lequel intra vitam on ne trouva aucun phénomène clinique du côté de l'organe auditif. Pas d'altération de l'organe auditif et de l'oreille moyenne; mais on constate des phénomènes atrophiques dans le labyrinthe.

TADOKORO : Je considère ces altérations non pas comme tabétiques, mais simplement comme un phénomène cadavérique.

Perméabilité aux liquides du tympan chez le lapin et le cobaye, par HAYASHI. — Pour compléter les expériences de Schönemann l'orateur a fait chez des animaux vivants des expériences consistant à appliquer la solution de cocaïne à 5 % une fois par le conduit auditif et une fois par la caisse. Cette solution traversa le tympan en 28 heures, ce qui fut démontré par la réaction de l'alcaloïde. La solution alcoolique passe plus mal que l'aqueuse et la solution de bleu de méthylène ne passe pas.

Nouvelles études sur les altérations histologiques de l'organe auditif dans la leucémie, par MISHIMA. — Par l'examen microscopique l'orateur a fait ressortir dans 3 cas des altérations telles que hémorragies dans l'oreille externe et interne, néoformation conjonctive et osseuse, infiltration considérable dans le nerf acoustique, etc.

Transillumination de l'apophyse mastoïde par le conduit auditif, par OTA.

Examen expérimental des altérations de l'organe auditif dans l'intoxication par l'atoxyl, par TADOKORO. — L'orateur a expérimenté sur des cobayes; c'est à la circonvolution basilaire de l'organe de Corti que les altérations sont le plus fortes.

Examens oto-rhino-laryngologiques chez les écoliers, par NAKATA. — Sur 1030 enfants, Nakata en a trouvé 432 avec des végétations adénoïdes, 184 avec hypertrophie de l'amygdale pharyngienne (chez 101 avec association avec une affection nasale) et de la dureté d'ouïe chez $\frac{1}{3}$ du nombre total.

Etude statistique des végétations adénoïdes, par SIMBO. — Sur 8743 malades de la polyclinique d'Okada à Tokyo, l'orateur a trouvé cette affection 2, 8 %, c'est-à-dire moins qu'en Europe.

KUBO : Il faut qu'une statistique soit calculée d'après les résultats d'un examen régulier et à fond. J'ai constaté que cette affection n'est pas moins fréquente qu'en Europe.

Études cliniques sur les végétations adénoïdes, par YAGISAWA.

Guérison d'une paralysie des membres inférieurs après adénotomie, par MORIKAWA.

Relations entre les végétations adénoïdes et les enfants minus habentes, par HIROSE. — Sur 10 enfants minus habentes, l'orateur a trouvé 9 fois des végétations.

Mensurations de l'activité intellectuelle chez les adénoïdiens, par SHIMODAIRA. — L'auteur a fait suivant la méthode de Sakaki des expériences physiologiques chez ces enfants et il a trouvé qu'ils faisaient partie des minus habentes.

Sur la voûte palatine dans les végétations adénoïdes, par ITO. —

Dans 60 % des cas (sur 60 sujets) atteints de végétations l'orateur a trouvé une voûte palatine élevée et il présente des modèles en plâtre.

Contribution à la fonction des amygdales, par KAMIO. — Grâce à un examen soigneux de coupes en série des amygdales palatines et pharyngiennes (39 amygdales) provenant soit des opérations, soit prélevées sur le cadavre, Kamio arrive aux conclusions suivantes : dans les amygdales non hypertrophiées (12 cas de 2 à 18 ans) on voit une figure de mitose dans le centre germinatif du follicule. Le conduit excréteur des glandes à mucus environnantes n'a aucune relation directe avec le tissu amygdalien ; 2° dans les amygdales en état de dégénération (12 cas de 25 à 81 ans) on voit des altérations dégénératives surtout dans les centres germinatifs et dans les follicules. Le centre germinatif s'atrophie et les follicules diminuent de nombre et de grandeur et finissent par disparaître ; 3° dans les amygdales hypertrophiées qui ont été enlevées par opération on voit ce que Stöhr appelle la plaie physiologique dans l'épithélium ; l'orateur n'a pas constaté de tuberculose latente. L'orateur relate en outre deux cas portant sur des nouveau-nés.

Histologie pathologique des végétations adénoïdes, par NAKAMURA. — L'auteur parle de corpuscules hyalins au-dessous des cellules épithéliales se colorant facilement par la solution de fuchsine, mais pas par l'éosine ; ils se trouvent le plus souvent au-dessous des endroits ayant subi une altération inflammatoire et sont produits vraisemblablement par une altération chimique du plasma.

Sur le prolongement nasal des végétations adénoïdes, par OKADA. — Après description de ce prolongement l'orateur en recommande l'ablation avec l'anse par rhinoscopie antérieure.

INADA : Il ne m'est pas possible de croire au cas de Morikawa.

MORIKAWA : Je n'ai fait que relater le fait.

Sur le mouvement actif des lymphocytes, par NAKAMURA et KAMIO.

TADAKORO : On voit aussi dans la muqueuse du larynx et des fosses nasales des corpuscules hyalins.

IX. — SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 9 mars 1912.

Président : V. N. NIKITINE.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

L. LÉVINE donne des détails complémentaires au sujet de deux malades qu'il a opérés et qui ont été présentés dans la séance précédente par L. Vygodsky. Il fait remarquer que la seconde malade ayant une fistule nasale, présente de l'intérêt parce que dans ce cas le pus, provenant des cellules ethmoïdales, s'est frayé un chemin dans des directions non habituelles, c'est-à-dire : 1° en dehors à travers la peau ; 2° dans l'orbite et 3° dans l'antre d'Highmore.

Présentation d'un enfant ayant la membrane du tympan de coloration bleue, par le Prof. V. OKUNEFF. — Cette coloration semble

ici être due à un exsudat. Dans la littérature on cite des cas où la coloration bleue est due au voisinage du bulbe de la veine jugulaire pouvant arriver au contact de la membrane du tympan, grâce à une division de la paroi postérieure de la caisse tympanique. La membrane est attirée en dedans par suite probablement d'un rétrécissement de la trompe d'Eustache.

Un cas de tuberculose de l'arrière-bouche. Présentation du malade, par M. GIRMOUNSKY. — Femme de 32 ans se plaignant de douleur pendant la déglutition, de toux et d'enrouement. On voit des ulcérations sur les piliers antérieurs, sur le bord de la luette et sur la paroi postérieure du pharynx. La luette est rouge et œdématiée. Les cordes vocales sont tuméfiées mais ne sont pas ulcérées. L'auscultation révèle des lésions pulmonaires. Sous l'influence d'inhalations médicamenteuses le larynx revient bientôt à l'état normal et la voix devient claire. Les lésions tuberculeuses sont donc actuellement localisées aux poumons et à l'arrière-bouche, tandis que la région intermédiaire (larynx) reste normale.

Anévrisme de l'aorte diagnostiqué à l'aide de l'œsophagoscopie, par L. VYGODSKY. — Présentation du malade et démonstration de la méthode.

Un cas de sarcome traité par l'antimeristem de Schmidt, par le Prof. V. OKUNEFF. — Les injections de cancroïdine n'ont donné aucun bon résultat, ni sur la tumeur, ni sur les métastases, de sorte que, même dans les cas inopérables, il n'y a aucun avantage à essayer ce traitement.

Un cas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif, par L. VYGODSKY. — Il n'y avait pas dans ce cas de traumatisme antérieur, de sorte que l'orateur admet la possibilité d'une transsudation.

L. LÉVINE soutient qu'un écoulement de liquide céphalo-rachidien par l'oreille ne peut se faire qu'après un traumatisme ayant produit une ouverture dans les tissus.

X. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION D'OTOLOGIE

Réunion du 13 octobre 1914.

Président : ROBERT LEWIS.

Compte rendu par KÉRAUDREN (de Saint-Brieuc).

Trois cas de méningite avec guérison après l'emploi d'urotropine et d'extrait de leucocytes de Hiss, par James GARFIELD DWYER (de New-York).

HARRIS félicite J. Dwyer des bons résultats obtenus par ces produits.

FLEXNER est d'avis qu'on doit surtout les injecter dans le canal rachidien pour agir plus énergiquement.

Au Dr KENEFICK qui demande si seules les infections streptococciques sont justifiables de ce traitement le Dr Dwyer répond qu'il s'applique à tous les cas de méningite suppurée.

Arch. de Laryngol., T. XXXIV, N° 2, 1912.

Affections du labyrinthe consécutives à l'administration du salvarsan, par DUEL. — L'auteur cite le cas d'un syphilitique, ayant déjà subi le traitement mercuriel et qui un mois après une injection de 606 devint subitement sourd avec des vertiges qui le forcèrent à garder le lit pendant trois semaines. Il y eut en même temps abaissement de la vision.

F. C. ARD croit que ces accidents signalés à la suite de l'administration du salvarsan doivent souvent être imputés aux autres traitements qui ont été employés avant lui.

KERRISSON cite le cas d'un malade qui, soumis uniquement au traitement mercuriel, devint complètement sourd. On n'aurait pas encore manqué d'incriminer ici le 606 s'il avait été employé.

Réunion du 10 novembre 1911.

Un cas de thrombose du sinus sans symptômes subjectifs de l'oreille, par Edward LEE MEIERHOF. — Une jeune femme de 21 ans est soignée depuis 4 jours pour céphalées et fièvre, on l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic possible de fièvre typhoïde, mais la réaction de Widal est négative. Bien qu'elle ne se soit jamais plainte de l'oreille on l'examine cependant à ce point de vue et on trouve quelques granulations au fond du conduit à gauche, mais sans pus. Un peu de sensibilité à la pression de la mastoïde. Comme il y avait eu des frissons et des variations brusques de température on songe à une infection du sinus latéral, et ce diagnostic se trouve en effet confirmé à l'opération.

Un cas d'abcès du cerveau, par David YATES. — L'auteur donne l'observation d'un garçon de 16 ans, de souche tuberculeuse, qui depuis deux ans avait un écoulement de l'oreille droite, avec depuis deux mois paralysie faciale et un peu de vertige, et depuis une semaine otalgie et céphalées.

Le 27 mai on lui fait le Schwartz-Stacke. Mastoïde scléreuse avec un anfre petit recouvert de débris sphacelés noirâtres. La dure-mère n'était pas dénudée. Légère amélioration pendant une dizaine de jours et diminution de la paralysie faciale. Mais à ce moment apparaissent les vomissements, la photophobie et la céphalalgie, en même temps que quelques troubles du langage.

On réopère le 6 juin, et on trouve du pus et des granulations dans le vestibule, mais rien dans les canaux semi-circulaires. Vu le mauvais état du malade on remet l'exploration du cerveau à une autre séance.

Quatre jours plus tard en présence des symptômes cérébelleux, vertige, vomissement, on met à nu le cervelet en arrière du sinus latéral, mais toutes les ponctions restent négatives.

La mort survient trois jours après et, à l'autopsie, on découvre un abcès dans le lobe cérébelleux droit.

Dans la discussion qui suit, Percy FRIDENBERG dit qu'on ne saurait trop s'attacher à l'étude des symptômes permettant de diagnostiquer une collection dans le cervelet, et les deux épreuves de Barany ont une grande valeur pour différencier une lésion cérébelleuse d'un

trouble fonctionnel du labyrinthe. L'auteur rappelle ce que sont ces deux épreuves. S'il y a tendance à tomber du côté droit et qu'on tourne la tête à gauche, la chute se fera en avant, et si on tourne la tête à droite, la chute se fera en arrière. S'il y a tendance à tomber du côté gauche, on observera les mêmes symptômes mais en sens inverse de ceux de la première épreuve. Cette réaction est presque caractéristique d'une lésion du cervelet.

La seconde épreuve est celle du vertige rotatoire.

PERKINS dit que sur 100 cas d'abcès du cervelet relatés de 1898 à 1906, il fut à peu près démontré que l'infection s'était faite, dans un tiers des cas, par la voie labyrinthique, dans un autre tiers par le sinus; dans les autres cas la voie d'infection n'est pas précisée, mais comme souvent il y avait en même temps paralysie faciale il est permis de supposer que dans bon nombre de cas l'infection a lieu par le canal de Fallope.

EAGLETON insiste sur la nécessité de faire, dans ces cas de collection du cervelet, un diagnostic rapide et une large exploration.

JOHNSON cite le cas d'un opéré qui mourut au moment où on venait d'ouvrir la collection purulente dans le cervelet.

Un nouvel appareil de bruits pour exclusion de l'audition, par Francis WHITE. — L'auteur fait la description de son appareil qui lui donne de bons résultats.

Abcès temporaux profonds, par BRAUN. — L'auteur insiste sur la nécessité de prolonger l'incision loin en avant pour atteindre la fosse temporale et les parties malades de l'arcade zygomatique. Cette partie de l'incision est d'ailleurs plus tard recouverte par les cheveux.

XI. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE

Séance du 7 février 1912.

Président : CHIARI. — Secrétaire : HIRSCH.

Compte rendu par M. MARSCHICK (de Vienne).

A. — PARTIE SCIENTIFIQUE.

Cas de parasigmatisme, par H. STERN. — L'auteur montre un patient qui substitue ses « s » par « ch ». Le malade, de 24 ans, ne montre rien d'anormal, sauf un palais dur très haut, une amygdale hypertrophiée à droite et un nez généralement très étroit. C'est qu'il s'agit là d'un trouble purement fonctionnel, d'un pronostic favorable *quoad sanationem*. La thérapeutique est de corriger la position de la langue et du courant d'air dans la direction juste pour qu'il y ait production de l'« s » physiologique. Si l'on n'obtient pas de résultat, on est forcé de mettre d'abord constamment au lieu du parasigmatisme un son de la deuxième série d'articulation, par exemple le « d ».

Cas d'ulcus rodens du palais, par MENZEL. — L'auteur montre un homme de 57 ans avec une infiltration carcinomateuse du palais mou et de la muqueuse de la joue. Un ganglion comme un pois est perceptible au niveau de l'angle du maxillaire. L'auteur veut faire disparaître cet ulcère malin au moyen des rayons X; il rappelle le cas

présenté par lui à la Société des médecins à Vienne, en 1908. Il s'agissait d'un ulcère semblable, de la grandeur d'un pois, qui fut extirpé et resta sans récurrence jusqu'aujourd'hui.

Photogrammes rétronasaux faits avec le pharyngoscope de Hays, modifié par Kahler, présentés par E. GLAS. — On constate l'existence d'une grosse queue du cornet inférieur, d'un gros épaissement de la cloison postérieure et d'une atrésie membraneuse rétronasale.

Fibrome de la muqueuse de la joue et angiome caverneux du cornet moyen, par E. GLAS. — L'auteur montre des causes histologiques de ces tumeurs qui toutes deux ont été extirpées.

Photogrammes de la cavité nasopharyngienne et du larynx faits avec le pharyngoscope, par O. KÄHLER. — Présentation de l'appareil dont il a été parlé à la communication précédente. Démonstration de l'appareil.

Cas de paralysie du nerf récurrent après une fièvre typhoïde, par FEIN. — L'auteur parle des paralysies qui surviennent après les maladies infectieuses et des difficultés qu'il y a de poser leur diagnostic. Pour affirmer ce diagnostic, il faut se trouver dans les conditions suivantes :

Il faut que l'époque de l'apparition de la paralysie de la corde vocale corresponde à celle de la maladie infectieuse;

Il faut qu'on puisse exclure toute autre cause centrale ou périphérique au moment où s'observe l'affection;

Il faut que la paralysie disparaisse après un temps plus ou moins long.

L'auteur présente le patient qui est âgé de 17 ans; le diagnostic ne fait aucun doute; les symptômes se sont présentés d'une façon très typique. Dans le cours de la quatrième semaine, aphonie soudaine et paralysie totale de la corde vocale gauche. Un examen minutieux fit exclure toute autre cause de la paralysie. Rétablissement de la fonction de la corde et disparition de l'aphonie en quelques jours; maintenant la voix est tout à fait claire, la motilité un peu restreinte encore, mais rétablie.

E. PELLATSCHKE demande si une arthrite cricoïdienne a été éliminée.

Prof. RÉTHI. Le stridor n'est pas expliqué par la paralysie seule. Il fait souvenir de deux cas, publiés par lui, de paralysie après influenza, qui guérirent parfaitement au bout de deux semaines.

HUTTER vit un cas de paralysie d'origine rhumatismale.

MENZEL a observé deux cas de paralysie du récurrent, qui semblaient sous la dépendance d'une affection des ganglions péribronchiques et qui guérirent parfaitement par irradiation avec les rayons X.

FEIN. L'arthrite de l'articulation aryénoïde fut exclue. Le stridor respiratoire fut causé par la paralysie qui se constitua très vite.

Deux cas de cancer du larynx, développés par métaplasie d'une papillomatose, par MARSCHICK. — L'auteur montre un homme de 36 ans, traité plusieurs années pour papillomatose du larynx. L'examen histologique démontrait qu'il s'agissait toujours de papillomes bénins. Enfin il se fit une prolifération des papillomes d'une telle intensité qu'il devint impossible de les extirper par voie endolaryn-

gée. Trachéotomie, interruption du traitement. Lorsque le patient se présenta de nouveau à la clinique du prof. Chiari, l'aspect laryngoscopique avait changé essentiellement et ressemblait beaucoup à un cancer. L'examen histologique ayant été positif cette fois, l'opération radicale fut faite. Le prof. Chiari fit l'extirpation totale du larynx, il y a 4 semaines. Guérison.

L'auteur rapporte un autre cas semblable, où l'opération radicale ne fut pas couronnée du même succès. Le malade succomba au cours d'une médiastinite. Comparaison des méthodes anciennes et récentes pour l'extirpation radicale du larynx et du pharynx, surtout des progrès apportés par Hirsch de Berlin.

Cas de sarcome à cellules petites rondes, du maxillaire gauche, traité avec succès par les rayons de Röntgen, par MARSCHIK — L'auteur présente une femme de 85 ans, présentée déjà à la société des médecins de Vienne le 10 mars 1911, qui, atteinte d'une volumineuse tumeur du maxillaire gauche, de nature histologique comme l'indique le titre de cette communication, propagée déjà à l'ethmoïde, à l'orbita et à la cloison, fut traitée par extirpation du gros de la tumeur et ensuite par les rayons de Röntgen, une opération radicale n'étant pas indiquée, à cause de l'âge et de l'état général de la malade. L'effet fut très favorable; la tumeur n'augmenta plus, mais diminua de plus en plus pendant une période d'un peu plus d'une année. L'auteur recommande cette méthode de traitement mixte à des cas de ce genre, les rayons de Röntgen ne pouvant pas détruire toute une tumeur aussi volumineuse, mais facilement les petits reliquats.

Deux cas de conséquences mauvaises d'une adénotomie, par KOFLER. — L'auteur montre un homme de 19 ans, qui, après l'extirpation d'une amygdale de Luschka, dont il présentait les symptômes d'hypertrophie très typiques et très accusés, manifesta des symptômes tout à fait d'autre nature et beaucoup plus ennuyeux, que ceux relevant de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, c'est-à-dire une rhinopharyngite sèche. Rapport d'un autre cas semblable.

GLAS mentionne l'observation d'une proéminence vertébrale assez forte au niveau de la luette, continuée par un récessus assez profond au sus-jacent, qui détermine de la difficulté de respiration et où l'adénotomie n'est pas suivie du succès connu et où souvent un catarrhe sec est la conséquence de l'intervention.

HUTTER. L'affection est à rattacher peut-être à une disposition individuelle de la muqueuse à s'atrophier, de telle sorte que l'opération fut la cause occasionnelle.

Prof. RÉTHI. La sécheresse de la muqueuse est la conséquence de ce que la muqueuse du nasopharynx en dessous des adénoïdes a été enlevée, et à sa place se forme un tissu sec.

KOFLER partage l'opinion du prof. Réthi.

B. — PARTIE ADMINISTRATIVE.

Rapport du secrétaire, le prof. RETHI et de l'économe, Docent Dr FEIN.

Élection unanime : du prof. MASSEI de Naples et de Marcel LERMOYER de Paris, comme membres honoraires, et de MM. le D^r CATTI (Fiume), Prof. FERRERI (Rome), Prof. GANGHOFNER (Prague), Prof. GUTZMANN (Berlin), Prof. INFFINGER (Innsbruck), Prof. E. DE NAVRATIL (Budapest), St-CLAIR-THOMSON (London), comme membres correspondants, puis un certain nombre de membres ordinaires.

Élection des fonctionnaires pour 1912, comme suit : Prof. CHIARI, président ; Docent D^r ROTH, vice-président ; prof. RÉTHI, secrétaire ; Docent D^r FEIN, économiste ; MARSCHIK, bibliothécaire ; SCHLEMMER, TSCHIASSNY, STERN, secrétaires du protocole ; LANFER et HEINDL, reviseurs.

XII. — ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE DE MADRID

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 23 mars 1912.

Compte rendu par E. BOTELLA (de Madrid).

Traduction par B. DE GORSSE (de Luchon).

Tumeur trachéale extirpée par trachéotomie, par GEREDA. — L'auteur, après avoir fait remarquer la rareté de cette sorte de tumeur, et après avoir rappelé le cas de Botella qui a été publié le premier en Espagne et extirpé par trachéoscopie, rapporte une nouvelle observation très intéressante.

Femme de 46 ans qui, il y a 7 ans, fut trachéotomisée par Barajas pour un abcès péri-trachéal. Au bout de 5 mois, quand on enleva la canule, elle commença à noter de la difficulté à respirer ; elle pouvait parfois parler sans qu'il fût nécessaire d'obturer la canule comme il arrive dans les cas de trachéotomie. Examinée par plusieurs médecins qui virent que l'air ne pénétrait pas dans le poumon droit, elle vit poser le diagnostic de lésion pulmonaire. Depuis trois ans les difficultés respiratoires avaient augmenté ; la malade ne pouvait dormir couchée, et, parfois, quand elle toussait, elle notait une sensation comme si quelque chose tapait la canule et il lui fallait introduire une sonde de Nélaton pour se débarrasser de l'obstacle et arriver à respirer.

Gereda fit un examen trachéoscopique et vit par le tube une tumeur mobile, pédiculée, de couleur blanc grisâtre, de la grosseur d'un pois chiche, insérée sur les derniers anneaux de la trachée.

L'extirpation fut faite par trachéoscopie, sous anesthésie à la cocaïne-adréraline pour éviter l'hémorragie en position assise, avec un large serre-nœuds à l'extrémité duquel il eut l'idée de placer quelques crochets pour éviter que la tumeur, quand on la saisirait, pût tomber dans une bronche.

L'opération réussit, mais une fois la tumeur extirpée, on vit qu'il y en avait une autre plus basse, dont le pédicule se confondait avec celui de la première et qui obstruait pour ainsi dire complètement la bronche gauche. On l'enleva néanmoins à l'anse fine dans la même séance. La malade eut un peu de douleur et quelques crachats hémoptoïques ; elle fut rétablie complètement au bout de quelques jours.

L'analyse histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome.

L'auteur présente dans la même séance, dans une vitrine, une série de têtes modelées en cire, en position laryngoscopique, avec le miroir laryngé en place et une lumière parfaite permettant de voir le larynx ; les différentes formes de la tuberculose laryngée y sont reproduites avec une grande fidélité.

BOTELLA dit que le cas présenté par Gereda est des plus intéressants ; c'est le deuxième publié en Espagne, le premier ayant été présenté par lui au 3^e Congrès espagnol de chirurgie. Botella ajoute que les tumeurs de la trachée sont si rares que, sur plus de 15.000 malades, il n'en a vu que trois cas.

Le premier cas fut celui d'un malade que Robles, de Carthagène, avait trachéotomisé pour une difficulté à respirer qui continua après que la canule fut placée, et qui fut envoyé à l'hôpital ; c'était avant que Botella fit ses démonstrations de trachéo-bronchoscopie, et bien qu'il soupçonnât qu'il devait exister un obstacle au-dessous de la canule, il ne put le prouver de visu. Pour vérifier la nature de l'obstacle, Cisneros (chef de clinique) prolongea la fistule trachéale, incisant la trachée presque jusqu'au sternum ; les lèvres de la plaie furent écartées, et à l'aide du miroir frontal, il put voir une grosse tumeur rougeâtre insérée sur la paroi antérieure de la trachée. La tumeur fut extirpée par morceaux à l'aide de pinces et de longues curettes ; il y eut une assez forte hémorragie. La respiration se régularisa, mais le malade mourut au bout de 3 ou 4 jours d'une complication cardiaque.

Le deuxième cas fut celui que Botella communiqua au 3^e Congrès espagnol de chirurgie : malade opéré par l'auteur d'hémi-laryngectomie pour un cancer vieux de deux ans et dont le larynx, bien que servant aux fonctions phonétiques, était insuffisant aux fonctions respiratoires ; le malade était obligé de porter la canule ; depuis quelques mois qu'il avait une toux très pénible, il respirait mal et parlait, quelquefois sans qu'il y eût nécessité de couvrir la canule. Il avait enfin de véritables crises d'asphyxie. Botella crut que ces difficultés tiraient leur origine de quelques fongosités formées sur la paroi trachéale par le bec de la canule et qu'elles obstruaient sa lumière ; pour éviter cela, il prolongea légèrement la canule en y ajoutant un tube de gomme, le résultat fut excellent ; le malade respirait parfaitement. Il revint le jour suivant avec les mêmes symptômes, et alors Botella fit une trachéoscopie avec un tube court de 9 millimètres. A six ou sept centimètres de la fistule trachéale, on vit une tumeur arrondie, de couleur blanc grisâtre, et de la grosseur d'une amande ; cette tumeur était insérée par un pédicule large sur la paroi antérieure de la trachée ; elle possédait une certaine mobilité et par les coups de toux, obstruait l'extrémité inférieure du tube, produisant un début d'asphyxie.

L'intervention se fit sous anesthésie par cocaïne-adrénaline, en position de Rose et, comme les tubes trachéoscopiques étaient de diamètre moindre que la tumeur, il introduisit un tube œsophago-

scopique de 14 millimètres. L'extirpation fut faite à l'aide d'une pince, et la tumeur était si dure que cette pince se rompit ; il fallut employer la double curette de Schrötter qui permit de la saisir fortement et de l'arracher en prenant un point d'appui sur le rebord du tube. Il n'y eut presque pas d'hémorragie ; comme pansement, Botella plaça une canule prolongée par un gros tube de gomme. Le malade rentre chez lui et la plaie se cicatrisa au bout de trois jours ainsi que le vérifia la trachéoscopie : la respiration était régulière.

Le résultat de l'analyse microscopique fut qu'il s'agissait d'un fibrome.

Le troisième cas vu par Botella est récent et ressemble au précédent ; il s'agissait d'une dame qui n'a pas été encore opérée.

Botella fait ensuite quelques considérations sur l'histoire des tumeurs trachéales et dit qu'elle peut se diviser en trois époques : pré-laryngoscopique, laryngoscopique et trachéoscopique. Dans la première, les malades mouraient d'asphyxie, et quand on faisait l'autopsie pour rechercher la cause de la mort, on trouvait une tumeur qui obstruait la trachée. Le premier cas rapporté dans la littérature est celui de Lieutaud en 1767 ; puis viennent ceux de Stallard, Rokitsky, Smoler, etc.

L'invention de la laryngoscopie par Manuel Garcia favorisa le diagnostic des tumeurs trachéales d'une façon considérable, car grâce à elle et sans qu'il fût besoin d'adopter la position de Killian, on put voir chez certains malades la plus grande partie de la trachée. Le premier cas diagnostiqué par ce moyen fut celui de Turck et à cette époque appartiennent ceux de Gerhardt, de Bruns, de Mackenzie, de Stoerk, etc. À l'époque trachéoscopique appartiennent les cas faciles de Bellision, Schrötter, Kahler, Glaus, Sauer, Guisez et beaucoup d'autres.

Botella fait ensuite l'apologie de la trachéo-bronchoscopie et dit qu'employée au début uniquement au diagnostic et à l'extraction des corps étrangers, elle a bientôt vu étendre le champ de ses applications et les récents travaux d'Ephraïm qui l'a utilisée au traitement local direct de certaines affections bronchiques, donnent l'espoir d'étendre ses horizons ; Botella cite à ce propos un cas de sa clinique où il put évacuer par bronchoscopie supérieure un gros abcès du poumon.

Il ajoute de plus que les symptômes des tumeurs trachéales sont : la toux avec expectoration parfois sanguinolente, et surtout les troubles respiratoires qui persistent après avoir trachéotomisé le malade, ainsi que la faculté de parler la canule ouverte, les attaques d'asthme, de suffocation, etc.

La nature des tumeurs est très variable et on en a observé de toutes sortes : les plus fréquentes sont : les fibromes, les enchondromes, les carcinomes et les sarcomes.

Le traitement employé avant la trachéoscopie était l'extirpation par laryngoscopie réfléchie à l'aide de pinces, quand la tumeur était insérée sur les premiers anneaux trachéaux, comme dans les cas de Mackenzie, de Massini, de Braun, etc., ainsi que la laryngofissure

et la trachéotomie très basse et large, lorsque les tumeurs n'étaient pas facilement accessibles. Ces opérations étaient assez graves. Aujourd'hui la gravité consiste moins dans l'intervention que dans la possibilité de faire une extirpation aussi complète qu'il serait nécessaire et dans celle des récidives rapides, s'il s'agit de tumeurs malignes.

Quant à la technique, Botella dit qu'elle ira en se perfectionnant tous les jours. On invente des instruments nouveaux conformes aux nécessités ; il conseille d'employer comme étant les plus pratiques, l'anse froide, le galvano pour arrêter les hémorragies qui surviennent malgré l'adrénaline ; il recommande d'utiliser les tubes du plus grand diamètre possible pour pouvoir faire les manœuvres avec plus de facilité et surtout pour éviter que la tumeur, si elle est volumineuse, ne puisse obturer le tube.

XIII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 19 avril 1912.

Président : KILLIAN. — Compte rendu par Max SCHEIER.

Traduction par MENIER (de Decazeville).

Présentation d'un appareil pour la laryngoscopie suspendue, par WOLFF. — L'orateur a apporté à l'instrument de Killian une modification qui rend bien meilleur marché ledit instrument qui coûte 145 marks. Hoelscher a déjà opéré avec succès deux cas au moyen de l'instrument de Killian. On peut curetter plus à fond et plus rapidement les foyers pathologiques de façon meilleure qu'avec la méthode ancienne. 5 cas ont été déjà traités en polyclinique. La première seringue de scopolamine est injectée au malade deux heures avant l'opération et la deuxième une heure avant. Avant l'intervention on coince le bout de la langue et le larynx.

Cas de laryngostomie dans la tuberculose étendue du larynx, par HOELSCHER.

Cas de dilatation du maxillaire supérieur, par STURMANN. — Chez le jeune garçon de 16 ans il existait une malformation considérable de la cloison ; la moitié gauche du nez était presque totalement obstruée. Palais très étroit et très ogival. Grâce à la dilatation du maxillaire qui dura 2 mois $1/2$ le palais prit une voussure aplanie normale et la cloison devint presque droite.

Influence des dents sur le développement du nez, par LANDSBERGER. — Quand on enlève la paroi faciale du maxillaire supérieur d'un crâne d'un sujet de 5 ans on voit déjà que les germes des dents permanentes sont assez fortement développés. Les racines poussent vers la partie supérieure du maxillaire, tandis que les couronnes sont tournées vers l'apophyse alvéolaire. Comme la partie supérieure du maxillaire est plus étroite que l'apophyse alvéolaire, les dents se placent obliquement de sorte que les racines se trouvent plutôt en dedans et les couronnes en dehors. C'est cette obliquité qui est la cause que plus les dents se développent plus elles tendent à se diriger au dehors. C'est de cette croissance centrifuge des dents que

dépend la croissance en largeur du crâne et du maxillaire. Pour le prouver l'orateur a fait des expériences sur des chiens. Chez des chiens nouveau-nés il a enlevé les couronnes du maxillaire, et cela d'un seul côté. Au bout de 15 mois, il transforma le crâne en squelette et trouva que la direction de croissance du maxillaire s'était modifiée du côté opéré et que la moitié du crâne était dégénérée du côté où les couronnes avaient été enlevées.

Opérations directes dans le naso-pharynx, par RITTER. — L'orateur présente le spéculum imaginé par Yankauer pour le naso-pharynx et qu'il a employé avec succès pour les opérations sur la voûte du pharynx, surtout dans les opérations fissurales, sur le tissu adénoïdien aplati et pour curetter la fossette de Rosenmüller.

Cas de carcinome du pharynx paraissant guéri par l'antiméristème de Schmidt, par RITTER. — Le malade vint se faire traiter en juin 1910 pour des gonflements ganglionnaires durs du triangle cervical antérieur des deux côtés de l'os hyoïde. A la base de la langue : tumeur profondément ulcérée. L'excision exploratrice révèle du carcinome. Le malade refuse l'opération et repart chez lui. Son médecin l'a traité pendant 14 mois avec l'antiméristème (50 injections). La guérison persiste depuis 1 an que le traitement est achevé. Le malade très amaigri avant le traitement est en bon état général. On ne voit plus ni la tumeur ni les ganglions.

XIV. — SOCIÉTÉ MÉDICALE SUÉDOISE

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 7 décembre 1911.

Compte rendu par M. LAGERLÖF (de Stockholm).

Un cas de tuberculose laryngée. Extirpation totale du larynx. Mort, par ARNOLDSON.

L'anesthésie locale du tympan selon Blegvad, par BOIVIE. — La formule de Blegvad est :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme
Acide salicylique.....	1 »
Alcool absolu.....	2 »
Solution d'adrénaline 1 %.....	20 gouttes

Une petite boule d'ouate trempée dans le liquide de Blegvad est appliquée sur le tympan pendant 20 à 30 minutes. L'anesthésie est souvent complète. Le liquide de Blegvad ne contenant ni huile d'aniline, comme le liquide de Gray, ni phénol comme le liquide de Bonain, est à préférer parce que l'huile d'aniline est fort toxique, et parce que le phénol produit de la nécrose du tympan. Blegvad a substitué à ces médicaments l'acide salicylique qui, par son action dissolvante sur l'épiderme, favorise la résorption de la cocaïne.

110 cas de pérítionsillite observés à la policlinique laryngologique de l'hôpital Serafimer à Stockholm, par CHARLIER.

Sexe : 50 femmes (45 %); 60 hommes (55 %).

Age : 9-15 ans, 8 %; 16-39 ans, 83 %; 40-69 ans, 9 %.

Pérítionsillite antécédente : une fois auparavant, 29 %; deux-plusieurs fois, 28 %.

État général : bon, 28 %; assez bon, 22 %; mauvais, 50 %.

Enrouement, 14 %. Nécrose superficielle, 19 %.

Trismus, 78 % (37 % insignifiant). Foetor, 28 %.

Sensibilité pour pression sur l'endroit gonflé, 87 %.

Fluctuation, 37 % (incertain, 22 %).

Traitement : *Incision*, 77 %. Pus trouvé, 68 %.

Pus probable, 7 %. Pas de pus, 2 %.

Examen bactériologique à cause de soupçon de diphtérie, 16 %.

On n'a pas trouvé de bacilles de Loeffler dans un seul cas. Le pus fut trouvé les jours suivants après le commencement de la maladie dans les conditions suivantes :

Jours de maladie :

3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

Nombre de malades pour cent :

3,75	8,75	8,75	18,75	7,5	21,25	18,75	1,25	3,75	3,75	1,25	2
------	------	------	-------	-----	-------	-------	------	------	------	------	---

Remarque : Dans 70 % des cas où l'on a trouvé du pus, on a observé la combinaison des symptômes suivants : trismus, œdème, sensibilité à la pression avec la sonde. Dans six cas avec symptômes laryngés, où l'on a pu faire l'examen laryngoscopique, on a trouvé cinq fois les cordes vocales congestionnées et une fois un œdème unilatéral du vestibule laryngé. Quant à la prédisposition à la péritonsillite, il faut mentionner le cas d'un malade de 20 ans qui, pendant dix années, eut cette affection chaque année plusieurs fois. Un malade sur lequel s'est établi au 7^e jour une perforation spontanée de l'abcès péritonsillaire, succomba trois jours après avec des symptômes septiques.

Pour le diagnostic différentiel entre péritonsillite et les formes malignes de la diphtérie, il faut remarquer la sensibilité du velum à la pression avec la sonde qu'on trouve dans la péritonsillite, dans 87 % de tous les cas en général et dans 97,5 % des cas où l'on a pu constater du pus.

Quelques cas de tumeurs du larynx, par HOLMGREN. — Quatre cas de tumeurs bénignes. Un cas de sarcome opéré par laryngofissure et guéri. Deux cas de cancer traités par extirpation totale du larynx avec issue mortelle.

Un cas de tuberculose grave du larynx, où les poumons étaient très peu lésés, par SAMUELSSON.

Un cas de paralysie bilatérale du posticus chez un tabétique, par STANGENBERG.

Un cas de dent bicuspidée aberrée par le plancher du nez, par STANGENBERG.

XV. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 12 mars 1912.

Président : Joseph C. BECK.

Compte rendu par SHAMBAUGH (de Chicago) et H. MASSIER (de Nice).

Tumeur du naso-pharynx, par DAVID FISKE. — Malade présentant

depuis 2 ans une tumeur du naso-pharynx dont l'accroissement a augmenté depuis les 6 derniers mois au point de remplir exactement la gorge. Fiske désirerait avoir l'avis de la Société sur le diagnostic probable de cette tumeur.

BALLENGER croit que c'est un fibrome dur, mais le microscope seul peut confirmer cette opinion. L'opération consisterait à enlever en masse cette tumeur à l'aide d'une pince à adénoïdes puissante. C'est ce qu'il y a de mieux pour éviter l'hémorragie. Il a eu à enlever ainsi un fibrome mou de la base du sphénoïde; et il trouva après l'opération un trou dans l'os où il pouvait rentrer son doigt. Dans ce cas il fut obligé, à cause de l'hémorragie, de lier la carotide externe.

Joseph C. BECK préférerait, si c'est une tumeur maligne, fendre le voile du palais pour se faire du jour.

ROBERTSON pense que c'est un fibrosarcome nécessitant une opération radicale par voie externe.

Paralysie diphtérique de la langue et du voile, par CH. M. ROBERTSON. — Symptômes de dysphagie, de régurgitation par le nez : disparition progressive par le traitement médical.

Fibrosarcome de la cavité nasale, traitement et guérison, par CH. M. ROBERTSON. — Tumeur enlevée et récidivante 3 semaines après. Application de radium : guérison au bout de 16 séances.

Sarcome à cellules rondes du larynx (parasyphilitique). Opération et guérison, par CH. M. ROBERTSON. — Il y a 36 mois première opération d'un sarcome à cellules rondes de la corde droite. Nouvelle opération sous chloroforme pour récurrence, laryngo-fissure, excision de toute la moitié du larynx suivie de cautérisation. État stationnaire depuis l'opération, voix améliorée ressemblant à celle d'une légère laryngite.

Mastoïdite suivie de thrombose du bulbe et de la veine jugulaire; opération et guérison, par CH. M. ROBERTSON. — Jeune fille de 19 ans faisant de la mastoïdite à pneumocoques nécessitant la trépanation. Pus et granulations dans les cellules profondes et de la pointe. Sinus d'apparence normale. Suites opératoires parfaites jusqu'au 3^e jour où la fièvre apparut, pharyngite d'aspect scarlatineux, douleur rhumatismale dans le coude. Le 4^e jour éruption pseudo-scarlatineuse; tache centrale bien marquée sur l'abdomen. Température à type pyémique. Le 5^e jour apparition d'une douleur du côté droit du cou avec raideur, avec poussées fébriles accentuées dans l'espace d'une heure à deux.

Un petit goitre qui préexistait se mit à gonfler causant de la gêne respiratoire.

L'analyse du sang donne au début 15000 leucocytes avec 78 % de polynucléaires; le 4^e jour il y a 20000 leucocytes mais avec le même nombre de polynucléaires.

Au 10^e jour on ouvre le sinus, et on trouve une thrombose du bulbe; celui-ci est plein de pus et de granulations et on l'enlève. On met la jugulaire à nu jusqu'à la veine thyroïdienne; puis on enlève la jugulaire. On panse la plaie du cou, tout en laissant la partie supérieure ou mastoïdienne ouverte. Le goitre diminue dès le lendemain.

Ce cas est intéressant parce qu'il montre :

1^o Qu'une infection du sinus peut se produire sans qu'il y ait thrombose dans le sinus lui-même ;

2^o Un examen du sinus au moment de l'opération mastoïdienne ne peut pas faire déceler la présence d'une infection du sinus ;

3^o La numération polynucléaire peut induire en erreur ;

4^o L'intensité de l'infection ne se manifeste pas toujours avec des symptômes suffisants pour mettre en éveil le chirurgien ;

5^o La valeur de la tache cérébrale dans les cas sinusaux et méningés quoiqu'elle puisse se produire dans la fièvre scarlatine et les troubles vasomoteurs ;

6^o La valeur de la feuille de température ;

7^o La disparition du goitre probablement causé par l'obstruction de la veine thyroïdienne supérieure ;

8^o L'importance d'une intervention chirurgicale précoce.

FRANK ALLPORT pense que la proportion de 78 % de polynucléaires est une indication suffisante, le taux étant normalement de 65 à 70.

WM. L. BALLENGER rapporte un cas de laryngectomie totale pour carcinome chez un homme de 35 ans. Après un an la voix, malgré l'ablation totale du larynx, est bonne.

Il a opéré il y a une semaine un cas de thrombose dans lequel tout le sinus et le bulbe étaient atteints. Le malade eut une septicémie dont il guérit rapidement.

Spécimens de corps étrangers enlevés des bronches et de l'œsophage, par S. A. FRIEDBERG.

1^{er} cas : tube à intubation cassé au ras du collier dans un essai d'intubation. Bronchoscopie et enlèvement de la bronche droite.

2^e cas : partie extérieure d'un tube à trachéotomie en aluminium, vue dans la bronche droite et extraite.

3^e cas : roue dentée d'une petite pendule enlevée de l'œsophage par œsophagoscopie directe.

Quelques manifestations nasales dans des conditions générales, par FRANK BRAWLEY. — 1^o syphilis ; 2^o simple rhinite hyperesthésique due à une intoxication intestinale ; 3^o rhinite hyporesthésique avec hypertrophie secondaire des tissus des cornets due à un trouble métabolique ; 4^o purpura hémorragique atteignant le nez, due à une intoxication intestinale de caractère grave.

Analyse de sang et d'urine dans tous ces cas.

J. BECK cite un cas de maladie de Schœnlein se manifestant par des hémorragies nasales produites par l'usage prolongé d'arsenic. Depuis, il a vu un autre cas consécutif de l'emploi du Salvarsan se présentant avec des épistaxis et des éruptions pétéchiiales. Contre ces hémorragies dues à l'emploi du 606, il faut employer des injections quotidiennes de sérum de cheval (5 cc.). Se méfier des phénomènes d'anaphylaxie : prostration marquée, collapsus et même mort.

Crânes artificiellement déformés avec rapport spécial sur l'os temporal et sa portion tympanique, par W. M. GIBBON. — Considérations sur les modifications apportées dans la longueur, la direction du con-

duit auditif, dans la densité, l'épaisseur, les dimensions de l'apophyse mastoïde, dans la production et l'origine de fausses exostoses.

CH. ROBERTSON pense que l'examen de la tête peut nous faire dire quelle sorte d'apophyse mastoïde nous devons trouver ; dans les têtes rondes à diamètre antéro-postérieur court la mastoïde est petite et l'on trouve des exostoses.

XVI. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 19 mai 1911.

Président : ARTHUR H. CHEATLE.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

Surdité due à l'occlusion des trompes d'Eustache par du tissu cicatriciel, par D. R. PATERSON. — Femme de 21 ans, depuis 6 ans syphilis congénitale ayant affecté la gorge et produit la destruction du voile, d'une partie du palais et une ulcération des parois postérieures et latérales du pharynx. Malgré diverses formes de traitement employées, reproduction des lésions, pertes de substance ; il y a 8 mois, on obtint enfin la guérison, après des injections de mercure métallique. Depuis, apparition de surdité persistant avec peu ou pas de lésions. Pas de sensations subjectives ; augmentation de la conduction osseuse, les membranes ont un aspect flasque. Large brèche entre le nez et la gorge, paroi postérieure formée par une cicatrice blanche ; on ne voit aucune apparence des trompes d'Eustache.

Un cas d'érysipèle de la tête ; invasion du conduit auditif droit où s'est formé un abcès avec extension au sterno-mastoïdien et à sa gaine, par ARTHUR H. CHEATLE. — Boueur, 49 ans ; érysipèle ayant débuté par le front, conduit auditif droit bientôt atteint, abcès formé sur sa paroi supérieure, à l'union des portions cartilagineuse et osseuse. Suppuration abondante ; 15 jours après, tuméfaction volumineuse derrière l'oreille qui se propagea jusqu'à partie supérieure du cou.

Opération ; issue d'une grande quantité de pus, cavité rugueuse dans le conduit ; fibres supérieures du sterno-mastoïdien formant une masse bourbeuse ; ouverture de l'abcès au milieu du cou. Cellules mastoïdiennes normales. Il fallut ensuite drainer toute la gaine du sterno-mastoïdien. Guérison ; mt. normale.

Trois cas d'otite moyenne suppurée chronique dans chacun desquels le côté opposé était normal ; les six os appartenant tous au type diploétique infantile, par ARTHUR H. CHEATLE. — Les malades sont âgés de 49, 54 et 77 ans.

Os périotiques de cétaées fossiles, par W. JOBSON HORNE.

Vertige labyrinthique (syndrome de Ménière non infectieux) traité par une opération, par G. S. JENKINS. — Fille, 25 ans, vertiges bourdonnements, surdité à gauche.

Pneumonie à 6 ans ; à la suite abcès cervical, rougeole à 13 ans, influenza il y a 2 ans et demi.

Début des bourdonnements il y a 4 ans, traitée pour anémie, sans amélioration. Après l'influenza, bruits plus violents. Premier vertige il y a 9 mois ; elle ne se rappelle plus de quel côté elle tendait à tomber ; peu après vomissements et augmentation des bourdonnements. Entre les accès, peut marcher seule, mais ne peut pas travailler. Pas d'histoire d'otalgie ni d'écoulement d'oreille.

Examen, 17 février 1911 : deux m. t. pâles, sans cicatrices. Ouïe : diapason C² ; Weber à droite, Rinne positif des deux côtés ; Schwabach à droite normal, à gauche très diminué. Voix parlée : à droite droite 18 pieds ; à gauche 3 pieds. Voix chuchotée : à droite 18 pieds ; à gauche 1 pied. Pas d'amélioration par le cathétérisme, trompes perméables ; Rombergisme : tombe à gauche et en arrière ; ne peut marcher seule en ligne droite et tombe à gauche ; pas de nystagmus spontané, ni par injection d'eau froide. Pas de signe de lésion du système nerveux central. Pression sanguine 117 (R. R.). Pas d'affection générale. Repos au lit et traitement par acide bromhydrique font cesser les vertiges.

5 mars. Violente attaque de vertige il y a 2 jours : chute sur le côté gauche, pas de vomissements ; bourdonnements plus violents.

Opération : Ouverture de l'antre mastoïdien ; os sain. Ouverture du canal semi-circulaire externe membraneux, pas d'écoulements de sang, ni de périlymphe. Trois heures après l'opération, vertige violent, nystagmus spontané et vomissements subcontinus. Le lendemain, violents vertiges au moindre mouvement de la tête. Le pansement est mouillé par du liquide séreux. Deux jours après, amélioration, dort bien, de temps en temps des nausées, nystagmus rotatoire et quelques mouvements horizontaux. Six jours après, encore du nystagmus semblable à celui décrit ci-dessus. Pas de bourdonnements ; voix parlée entendue à 15 pieds du côté malade. Debout, tendance à tomber à droite, quitta le lit 15 jours après l'opération et l'hôpital quelques jours ensuite.

6 mai (4 semaines après l'opération). Voix parlée à droite : 21 pieds ; à gauche : 15 pieds. Voix chuchotée à droite : normale ; à gauche : 3 pieds. Marche mieux en ligne droite. Mouvements de la tête dans le plan du canal semi-circulaire postérieur produisent du vertige ; nystagmus en regardant à droite. La rotation détermine du vertige moins marqué avec tendance à tomber en arrière. Légers bourdonnements.

Lèpre avec envahissement des oreilles externes, du palais et du pharynx, par G. N. BIGGS.

Cas de lésion nasale syphilitique traité par le 606, par G. N. BIGGS.
— Femme 32 ans ; depuis 5 ans souffre de la gorge et d'écoulement nasal. Pendant 18 mois, traitement mercuriel (frictions) et iodure à hautes doses ; néanmoins maladie progresse. En janvier 1911 : large ulcération du voile et du palais ; destruction du naso-pharynx, de la cloison et des cornets, ulcération de la cavité nasale. Une ulcération partant de l'aile du nez et recouvrant tout le reste de cet organe, présentant presque l'aspect d'une tumeur maligne.

1^{er} avril 1911. O' Leary fait une injection intra-veineuse de salvarsan (0,40 cent.). Six semaines après, l'ulcération est complètement guérie et la tumeur a disparu.

Surdité et cécité temporaires dus à une toxémie intestinale, par A. L. WHITEHEAD. — Homme 53 ans; bon état général. Au commencement de mars 1910, céphalées avec malaise général, sans fièvre. Le 12 mars, mal de tête plus violent, et en même temps diminution de l'ouïe augmentant rapidement; à 5 h. 1/2 du soir ne percevait plus aucun son à droite et à gauche. Vue baisse en même temps, et au bout d'une heure cécité complète. Pupilles dilatées immobiles, disques pâles, artères rétinienne réduites à des ramuscules, veines normales. Réflexes normaux, pas de paralysie musculaire, intelligence nette.

Le malade étant constipé, on lui donna du calomel; à la suite, selles abondantes fétides. Le lendemain matin commence à entendre à nouveau, et au bout de quelques heures état normal. La vue revient graduellement le même jour, elle reste un peu plus faible qu'avant l'attaque.

Il semble qu'il s'est agi d'une toxémie intestinale avec spasme des artères et ensuite anémie et abolition temporaire des fonctions des terminaisons nerveuses optiques et auditives. Il n'y a eu ni vertiges, ni bourdonnements.

Séquestre du labyrinthe opéré chez un enfant de 4 ans, par F. H. WESTMACOTT.

Huit pièces des éléments otiques de la baleine arctique, par F. H. WESTMACOTT.

Cavité dans la mastoïde gauche d'une femme de 75 ans remplie de cholestéatome avec parois lisses polies, par F. H. WESTMACOTT.

Huit cas d'opérations mastoïdiennes, par C. J. HEATH.

I. Jeune fille, a une suppuration de l'oreille droite depuis sa naissance. Il y a 2 ans cessa, et paralysie faciale survint. Surdité absolue. Cure radicale. Dans la suite, oreille gauche atteinte à son tour, suppuration; on doit pratiquer une ouverture de la mastoïde de ce côté. Pas de cholestéatome. Guérison rapide. Peu après, bourdonnements violents et continus, ouïe très diminuée.

II. Homme, suppuration de l'oreille gauche depuis 28 ans, surdité graduellement croissante empêche le travail. Destruction de la moitié inférieure de la m. t., osselets semblant intacts. Ouverture de la mastoïde, pas de cholestéatome. A la suite amélioration de l'ouïe.

III. Miss B., céphalées violentes, suppuration des deux oreilles depuis 38 ans. Opération du côté gauche, le plus malade; muqueuse de la caisse tuméfiée, pas de cholestéatome. Guérison rapide; cicatrisation de la perforation. Deux ans après, opération à droite, guérison dans les mêmes conditions.

IV. Homme, écoulement bilatéral depuis 18 ans, suppuration fétide, dermite des deux conduits. Opération mastoïdienne conservatrice bilatérale faite en une séance. Pas de cholestéatome. Cicatrisation rapide des deux perforations; bonne audition.

V. Scarlatine il y a 7 ans, depuis suppuration. Opéré 3 fois de végétations adénoïdes. Subitement poussée aiguë, opération. Perforation cicatrisée en 9 jours.

VI. Otalgie post-grippale pendant, 6 jours avant perforation spontanée de la membrane de Shrapnell. Ouïe défectueuse de l'autre oreille. Traitement médical, augmentation des symptômes, vertiges; phénomènes de rétention antrale. Opération: antre rempli de pus, accumulation de masses cholestéatomateuses au début dans l'attique.

VII. Enfant, 8 ans, suppuration depuis la naissance, polype dans le conduit masquant la perforation. Opération: cavité antro-mastoïdienne large remplie de granulations; derrière le polype, perforation large avec fongosités; opération conservatrice. Perforation guérit en 20 jours.

VIII. Suppuration datant de 10 ans. Oreille sensible, surdité. Opération conservatrice il y a un an, réparation rapide. Cicatrisation de perforation, ouïe rétablie. Quelques semaines après, douleurs névralgiques de ce côté, survenant par moments et très violentes. Oreille paraissant saine. On pratiqua la cure radicale; mais après douleurs continuent quelque temps, puis disparaissent.

Mastoidite suppurée chronique avec abcès des lobes frontal et temporo-sphénoïdal, par P. WATSON-WILLIAMS. — Femme, 20 ans, suppuration des deux oreilles depuis première enfance, ayant diminué depuis quelques semaines. Depuis plusieurs mois douleurs frontales, derrière l'oreille et dans l'occiput; elles ont augmenté depuis 8 à 15 jours. Quelques accès de vertige et une fois un vomissement. État général pas altéré.

Examen: absence complète du tympan gauche, oreille moyenne remplie de fongosités, perforation à droite. Rinne négatif des deux côtés; bruits dans l'oreille gauche. Double névrite optique, avec œdème et hémorragie de la rétine. Pas de nystagmus spontané ni par les mouvements de la tête. Réaction calorique: à gauche tête en extension; eau à 77° F: nystagmus pendant 41 secondes; vomissements une minute après. Pas de signes fistuleux; pas de paralysie des nerfs craniens, réflexes normaux. Cultures du pus: bacille pyocyanique.

18 janvier. Cure radicale; dure-mère à nu sur le toit de l'antre, (à type infantile); dure-mère épaissie, incision de celle-ci. On n'explore pas le cerveau, on n'a pas trouvé de pus. Ponction lombaire donne issue à du liquide clair stérile sortant sous pression.

27 janvier. Injection de vaccin préparé avec culture pure du bacille pyocyanique; répétée à 4 reprises.

30 janvier. Écoulement de quantité de pus par plaie mastoïdienne, disparition de la céphalée.

3 et 4 février. Céphalées violentes, plaie propre, pas de pus.

4 février. Céphalée persiste, réouverture de plaie mastoïdienne. pince à sinus introduite par ancienne ouverture dans le toit de l'antre, pénètre dans le lobe temporo-sphénoïdal; écoulement d'une demi-once de pus. Drainage. Amélioration. Le 14 février état mental s'alourdit, température s'élève à 40, cessation de l'écoulement du pus par le drain.

17 février. Grande quantité de pus fétide par le drain, soulagement, intelligence plus claire.

23 février. Torpeur, élévation thermique.

24 février. Respiration de Cheyne-Stokes, mort.

25, *autopsie*. Méningite très légère. Canal étroit, partant de l'extrémité antérieure de l'abcès temporo-sphénoïdal qui était bien drainé, conduisant dans un abcès du lobe frontal gauche, abcès allant presque jusqu'au sommet de ce lobe.

XVII. — SOCIÉTÉ BARCELONNAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 3 octobre 1911.

Président : SUNE Y MOLIST.

Compte rendu par B. DE GORSSE (de Luchon).

Paralysie du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique. Guérison. Présentation du malade, par GAY DE MONTELLA. — J. G., âgé de 27 ans. Déviation légère de la face avec paralysie des muscles des lèvres et de la joue; unilatéralité. Bourdonnements violents, surdité et vertiges. Perception osseuse très diminuée, aérienne normale. Rien dans les oreilles à l'examen.

L'auteur pensa par diagnostic différentiel à une syphilis et admit l'origine simultanée de l'infection des deux troncs nerveux par des lésions osseuses ou méningées.

Guérison en peu de jours par les iodures.

BOTEY trouve le cas très intéressant. Il rapporte le cas d'un malade observé 8 mois auparavant chez qui le laryngé inférieur était intéressé en même temps que le cochléaire et que le vestibulaire. Ces nerfs avaient été évidemment touchés ensemble avant leur terminaison périphérique; le facial lui pénètre avec eux par le conduit auditif interne était respecté. Les branches ou le tronc du nerf vestibulaire étaient malades (épreuve galvanique négative).

MASIP rapporte à son tour un cas de surdité et de paralysie double des faciaux chez une femme qui devait avoir des lésions syphilitiques des deux conduits auditifs internes.

Applications chirurgicales de l'intercrico-thyrotomie, par R. BOTEY. — L'auteur rappelle son procédé d'intercricothyrotomie par ponction qui ne demande guère que quatre à cinq secondes et donne immédiatement de l'air au patient qui asphyxie et dont voici les caractéristiques :

1^o Malade couché, tête en arrière;

2^o Pouce et médius assujettissant le larynx, l'index marque l'espace crico-thyroïdien;

3^o Section transversale par ponction avec un petit bistouri spécial de tous les tissus jusqu'à l'intérieur du larynx;

4^o Séparation du bistouri et introduction de la canule avec son madrin.

La respiration assurée, on procède à une trachéotomie lente ou aux opérations ci-dessous. La plaie crico-thyroïdienne se cicatrise d'elle-même.

L'intercricó par ponction est, avant tout, une opération temporaire destinée à faciliter : la trachéotomie, l'insufflation de l'air, la chloroformisation, le tamponnement du pharynx, la thyrotomie, la bronchoscopie, l'intubation, la laryngectomie et la strumectomie. La canule ne doit rester que quelques minutes ou 2 ou 3 jours, au maximum 72 heures.

L'auteur passe alors en revue les diverses opérations qui nécessitent la ponction intercricothyroïdienne préalable.

Présentation d'instruments, par BOTEY. — L'auteur présente :

1° Des tubes œsophagoscopiques avec mandrins à extrémités de cristal, qui permettent l'inspection de l'hypopharynx et de l'entrée de l'œsophage;

2° Une chaise œsophago-bronchoscopique dont le siège profond et le dossier recourbé mettent mathématiquement le tronc du malade dans la position la meilleure pour l'introduction des tubes.

Ces instruments sont figurés aux pages 404 et 405 des *Archivos de rinologia, laringologia y otologia* de Barcelone, n° 173, novembre-décembre 1911.

VENTOSA dit que la chaise de Botey est la même que celle de Brünings.

BOTEY réplique qu'il possède la chaise de Brünings, mais que celle-ci insuffisamment profonde et à dossier trop court ne donne pas une immobilisation suffisante du malade dont les épaules peuvent se remuer, ce qu'il faut éviter.

Note clinique sur l'emploi du carbonate de magnésie dans les papillomes laryngés, par FALGAR. — L'auteur commence par rappeler les deux cas de Claoué et de Sargnon, cités par le premier dans sa communication du 21 octobre 1910 à la Société de médecine de Bordeaux, et celui que Schiffers rapporte dans le fasc. 3, vol. XXXVI, des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*

Puis il rapporte deux cas où il a essayé ce procédé pour des papillomes récidivants et où il a pu observer de nombreuses récidives malgré l'absorption ininterrompue de 2 grammes de magnésie décarbonatée par jour et cela pendant 11 mois dans le premier cas.

BOTEY dit avoir, sur la prière de Sargnon, essayé ce traitement, mais sans résultat. Claoué a, du reste, dit à Botey lui-même que ce procédé était plus que douteux.

FALGAR n'est pas étonné de voir l'auteur lui-même reconnaître le peu de valeur de ce traitement.

Un cas d'ostéome du sinus maxillaire, par FALGAR. — Homme de 52 ans, syphilitique; à Wassermann positif. A eu, à 20 ans, un phlegmon de la fosse canine droite qui fut incisé, mais qui se reproduisit chaque 4 ou 6 mois. Entre le 17 juillet dernier dans le service de spécialité de l'Hôpital clinique.

A l'examen, tuméfaction de la fosse canine droite grosse comme la moitié d'une noix, à grand diamètre transversal, tuméfaction résistante et douloureuse à la pression; pas de douleurs spontanées.

Seconde molaire biscupide cariée; sinus opaque. La ponction par le méat inférieur, essayée avec le trocart de Krause, est impossible.

Diagnostic : Ostéome probable avec sinusite. Caldwell-Luc. Le sinus est complètement rempli de masses arrondies de tissu osseux, éburné, implantées sur le plancher et la paroi antérieure de la paroi interne ; la paroi antérieure se confond avec la paroi orbitaire ; le rare espace qui reste libre est rempli de pus.

Résection complète à la gouge et aux pinces coupantes ; drainage nasal. Le malade sort guéri le 1^{er} août.

BOTEY fait ressortir que les ostéomes du sinus maxillaire sont fort rares ; celui de Falgar paraît être le seul de la littérature espagnole. Il a lui-même observé trois ou quatre cas d'ostéomes du sinus frontal. Goyanes en a lui aussi observé. Ils paraissent être de nature syphilitique et arrivent avant 30 ans. Ceux de Botey étaient tous chez des femmes.

FALGAR cite en remerciant Botey le cas que Philip vient de signaler au dernier Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

XVIII. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 27 décembre 1911.

Président : Lee M. HURD. Secrétaire : S. W. THURBER.

Compte rendu par C. BREYRE (de Liège).

Cas de réopération de sinusite frontale, par Robert Cunningham MYLES. — M^{me} S. H. vint consulter après avoir subi diverses opérations sur les cavités accessoires. Elle souffrait depuis environ 3 ans. En 1908, elle fut opérée par voie externe de sinusite frontale droite, avec suture de la plaie. Pendant deux années environ elle cessa de souffrir, cependant que l'écoulement continuait à se produire du côté opéré. L'écoulement vint à cesser en même temps qu'apparaissait un gonflement de la région orbitaire. Mon assistant, le Dr Anderson, essaya sans succès de rétablir le drainage par voie nasale. Alors on fit une incision au niveau du canthus interne et une longue et tortueuse fistule s'établit qui par moment se fermait en ramenant du gonflement douloureux. Ne connaissant pas l'étendue de l'opération précédente je résolus de mettre la cavité à nu et de l'oblitérer par la méthode « à ciel ouvert » en mettant tout en œuvre pour obtenir un résultat esthétique aussi satisfaisant que possible. Ayant fait une incision courbe allant de la racine du nez à la tempe, j'en pratiquai une seconde verticale allant jusqu'au milieu du front. Je disséquai les lambeaux y compris le périoste, ce qui découvrit la cavité sinusienne et le toit de l'orbite. Le premier opérateur avait enlevé à peu près les trois quarts du plancher sinusien et quelques cellules antérieures avec leur paroi orbitaire. Il y avait une adhérence, une sorte de cicatrice fibreuse, dure, épaisse d'un bon centimètre entre la cavité nasale et la cavité opératoire, constituée celle-ci par un sinus frontal cloisonné et une sorte de fossette creusée dans la cavité orbitaire par la rétention purulente. Je réséquai la paroi antérieure et le plancher de la portion externe du sinus et je fis une

suture qui se réunit par première intention. Quant à la portion interne de la cavité je la comblai par tamponnement comme il est d'usage dans la mastoïdite. Aujourd'hui la malade est présentée avec toutes les apparences de la guérison.

Il est probable que l'insuccès de la première opération provient de l'adhérence qui s'est produite entre les tissus orbitaires et l'ethmoïde. Les soins post-opératoires ont été en grande partie donnés par le Dr Anderson.

Sarcome à petites cellules rondes. Nécrose du plancher. Absès de l'orbite. Opération de Killian combinée avec la méthode ouverte, par R. C. MYLES. — M. L. a été envoyé le 30 novembre 1911 par un praticien. Il avait consulté un spécialiste en février 1911 pour un écoulement catarrhal jaunâtre de la narine gauche. Un traitement endo-nasal amena un certain soulagement. En août il souffrait de douleurs modérées quand apparut un gonflement de la paupière supérieure avec douleurs violentes. Bientôt s'établit un écoulement purulent profus par le nez qui diminua le gonflement et la douleur. Le gonflement et la douleur réapparaissent environ toutes les semaines. Le 16 décembre 1911 dans la narcose je pratiquai l'opération suivante : les deux incisions curviligne et verticale ayant permis une bonne rétraction du périoste je trépanai le sinus frontal comblé par une masse polypoïde s'étendant aux cellules ethmoïdales antérieures. Il y avait dans le toit de l'orbite un orifice nécrotique de la largeur d'une pièce de 10 cent. conduisant dans un kyste supprimé de la cavité orbitaire. Je fis un Killian complet avec résection d'une bonne partie de l'ethmoïde antérieur. L'os était ramolli sur une grande étendue vers le haut du sinus, et le curettage intéressa quelques cellules du diploé. La partie supérieure du sinus fut fermée et comprimée tandis que la partie inférieure fut laissée ouverte dans un but de surveillance. Pas de diplopie à part un léger degré à la vision de loin. Le malade est présenté onze jours après l'opération pour être soumis à vos observations. Je suis d'autant plus fondé à intervenir que j'ai opéré un cas de l'espèce il y a 4 ans et qui actuellement se porte bien et ne présente qu'une très légère déformation.

Rapport du laboratoire d'anatomie pathologique : « Tumeur du sinus frontal consistant en tissu conjonctif, tissu de granulations et sarcome à petites cellules rondes », signé : F. M. Jeffries.

QUINLAN objecte à Myles qu'il aurait eu un résultat plus esthétique en faisant une longue incision dans les sourcils ; cette incision intéressant les deux sourcils permet d'éviter l'incision verticale même dans les très grands sinus. Il félicite Myles pour le résultat remarquable obtenu chez la première malade.

HARMON SMITH tient à insister sur un point signalé par Myles, savoir l'obstruction du canal naso-frontal ; il la croit due à ce fait qu'on laisse en place des lambeaux muqueux qui se soudent et bouchent l'orifice de drainage. Quant à l'incision verticale il faut l'éviter, dût-on faire une incision horizontale intéressant les deux côtés ; on obtient ainsi un résultat esthétique meilleur.

MYLES admet volontiers les critiques formulées en ce qu'elles ont de fondé. Mais il croit que l'échec fréquent des opérations sur le frontal provient de la trop grande crainte de produire des cicatrices et des déformations. Cette crainte est la cause d'interventions insuffisantes. Il est clair que s'il s'agit de réopérations pour récidives ou pour des tumeurs malignes on ne peut guère éviter les cicatrices visibles. Les tissus du malade au sarcome étaient très infiltrés et il était impossible de récliner la peau jusqu'au sommet du sinus et si l'on avait laissé la moindre trace de tissu néoplasique, la récidive était fatale. Si l'on avait sectionné les nerfs et les vaisseaux du côté opposé l'œil aurait pu en souffrir ; or le malade était un diamantaire pour qui la fonction visuelle est on ne peut plus précieuse. Il en était sensiblement de même de la première malade. Les adhérences étaient bien solides, le périoste ne cédant guère. D'ailleurs la cicatrice n'est pas tellement apparente. Le seul désagrément provient de l'impossibilité d'injecter de la paraffine dans le tissu cicatriciel, aussi, à l'avenir, se propose-t-il de faire porter l'incision au-dessus des parties osseuses à réséquer.

Deux cas de corps étrangers enlevés de la bronche et de la bouche de l'œsophage, par Emile MAYER. — Le premier cas concerne une femme qui avait inhalé une couronne d'or ayant servi à coiffer une molaire ; la veille de son intervention, une tentative d'extraction n'avait pas réussi. L'accident remontait à 6 jours ; la radiographie montrait le corps du délit dans la bronche droite. A l'aide des tubes de Killian et de la lampe à main de Brünings le corps apparut nettement à la vue, la concavité tournée vers le bas. On dut le basculer pour pouvoir le saisir, ce qui permit un enlèvement rapide. L'anesthésie fut effectuée par voie rectale avec grande facilité.

Le second cas concerne une dame qui se présente à la consultation en proie à de très vives douleurs dans la gorge depuis le petit déjeuner du matin à la suite de la déglutition de pain. Un examen minutieux à l'aide de l'abaisse-langue et du laryngoscope ne révéla rien ; mais le court bronchoscope permit l'exploration des parties profondes et fit découvrir dans la bouche de l'œsophage deux éclats de bois qui y étaient enfouis, chacun d'eux d'une longueur d'un demi-pouce. Après peu de temps, la douleur disparut.

Le premier cas était de loin le plus facile, le diagnostic radiographique ayant été un guide précieux. Quant au second cas, il montre combien l'œsophagoscopie est utile après l'échec des méthodes usuelles.

XIX. — SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

81^e Séance, 3 avril 1912.

Président : Prof. JÖRGEN MÖLLER. — Secrétaire : WILLAUME JANTZEN.

Compte rendu par JOERGEN MOELLER (de Copenhague).

Traduction par M. MENIER (de Decazeville).

Cancer de la trachée et l'importance de l'intubation perlaryngéale de la trachée, par TETENS HALD. — Ouvrier de 58 ans avec

paralysie du récurrent gauche, toux quinteuse et dysphagie modérée; à la paroi postérieure de la trachée, saillie; au-dessous, ulcère et plus en dessous, à 2 à 3 cent. au-dessus de la bifurcation, corps flottant du volume d'un haricot, enlevé par trachéoscopie. C'était du carcinome. Après ablation : bon état. Le malade revient au bout de 3 semaines avec une dyspnée tellement forte, qu'il n'avait plus sa connaissance. Trachéoscopie immédiate; on introduit par la spatule un long tube en caoutchouc à parois épaisses et retire la spatule; la respiration devint aussitôt plus libre, de sorte qu'on put faire tranquillement la trachéotomie. Le malade vit encore (10 jours après opération).

Dans ces cas, il faut toujours faire une trachéoscopie immédiate qu'on peut presque toujours exécuter.

Pemphigus (du larynx?) de la cavité buccale, des conjonctives suivi d'un pemphigus cutané généralisé, par TETENS HALD. — Homme de 27 ans ayant eu déjà 5 à 6 fois des affections buccales semblables. Cette fois, la maladie débuta par la toux et l'enrouement, puis vint l'affection bucco-pharyngienne, l'affection conjonctivale et enfin une éruption cutanée, typique, de pemphigus. Il est probable que dans bien des stomatites graves, il s'agit en réalité de pemphigus. On ne peut établir si dans ce cas la maladie a débuté dans le larynx, car il fut impossible de faire la laryngoscopie lors de l'entrée du malade, mais les commémoratifs rendent cette hypothèse vraisemblable.

SCHMIEGELOW. J'ai observé deux cas de pemphigus des muqueuses terminés par la mort au bout de 6 mois.

HALD. Dans mon cas, il s'agit de la forme bénigne, pas très rare, du pemphigus.

BUHL. J'ai vu un cas où l'affection était limitée aux muqueuses; il se termina par la mort au bout de 1 an 1/2.

Abcès sous-périostique de la base du crâne comme complication dans la mastoïdite aiguë, par TETENS HALD. — L'orateur relate deux cas. Dans le premier il y avait une thrombose du sinus qui amena la mort par métastases pulmonaires; une fistule partant du sinus passait à travers la base du crâne. Dans le second, où la mort fut due à une méningite purulente, le pus était arrivé vers le périoste de la base du crâne entre le bulbe et la paroi osseuse du tissu jugulaire.

Diminution opératoire du nez, par TETENS HALD. — L'orateur présente des photographies d'un malade opéré avec succès pour bosse nasale et rétraction du bout du nez.

Remarques sur le traitement électrolytique des muqueuses des voies aériennes supérieures par la méthode de Reyn, par STRANDBERG. — L'orateur a employé avec succès dans une série de cas, la modification apportée par Reyn à la méthode de Pfannenstill. On donne 5 gr. de NaI par voie buccale, de préférence 5 h. avant électrolyse, à jeun ou presque à jeun. Pour l'électrolyse, on place l'électrode négative dans la main des malades, tandis que la positive formée d'un ensemble d'aiguilles en platine iridié de 1/2 mill. d'épais-

seur est enfoncée dans les tissus; puis on fait passer durant 3 minutes un courant de 65 volts et 3 milliamp. On enlève alors les aiguilles et on les enfonce à nouveau aussi près que possible de la première région traitée; tandis que l'action en profondeur est pratiquement illimitée, l'action en surface est très minime; on doit donc *surtraiter* soigneusement toute la zone atteinte. La méthode a été essayée sur 35 malades; la plupart sont encore en traitement; 7 sont guéris et parmi eux un cas rebelle à tout traitement jusqu'alors. La méthode sera certainement avantageuse dans certains cas de tuberculose du larynx.

Anesthésie locale dans l'opération de Luc-Caldwell, par BLEGVAD.

— Dans 6 cas d'opération de Luc-Caldwell, l'orateur a employé l'anesthésie locale; le résultat fut très satisfaisant. Il décrit la technique en détail.

SCHMIEGELOW. Je préfère le tubage péroral; l'opération se fait alors rapidement et avec facilité.

WALLER. Tel est aussi mon avis.

BLEGVAD. L'anesthésie générale est dangereuse; j'estime comme dangereux le fait que dans la méthode de Kubn on soit obligé d'employer le chloroforme.

XX. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE PHILADELPHIE

Séance du 3 juin 1912.

Secrétaire : Ch. A. O. REILLY.

Président : ROSS HALL SKILLEM.

Compte rendu par Ch. O'REILLY et MASSIER (de Nice).

Dernière technique de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale, par W. L. BALLENGER (de Chicago). — Il ne faut tout d'abord opérer que lorsque les déviations obstruent la portion respiratoire, surtout la portion respiratoire supérieure du nez. Les déviations de la partie inférieure de la cavité nasale gênent moins le malade que celle du pont de la cloison, et celles placées au-dessus du vomer, c'est-à-dire dans la région du cornet moyen. Le vomer peut être dévié au point de toucher le cornet inférieur, ou peut s'étendre en avant dans le vestibule assez loin pour obstruer partiellement le courant d'air inspiratoire et produire ainsi la raréfaction de l'air en arrière de l'obstruction. Cette obstruction doit être enlevée. De même pour les déviations angulaires antérieures de la cloison cartilagineuse. Située en haut, vers le cornet moyen, cette déviation s'oppose à la ventilation et au drainage des sinus accessoires; d'où la nécessité de l'enlever.

Technique. — Anesthésie locale. En 20 minutes je fais cette opération. J'emploie la cocaïne en poudre au lieu de la solution. Un fin stylet de ouate en argent est trempé dans la solution d'adrénaline, bien exprimé et plongé ensuite dans la cocaïne pulvérisée. Les particules trop grosses sont secouées et le stylet est introduit dans le nez et promené sur toute la cloison. Après la première application j'attends 5 minutes, je réintroduis le stylet, j'attends encore 5 minutes et je fais

une nouvelle application. Trois applications en tout suffisent en général pour assurer l'anesthésie. Les avantages de cette méthode sont : 1^o la rapidité de l'anesthésie, 2^o la rareté de l'intoxication par ce fait que le malade ne déglutit pas la cocaïne.

L'incision. — Elle dépend du siège de la déviation. Je recommande l'incision de Killiam ou de Hajek. Faire l'incision de préférence à gauche, la généralité des opérateurs se servant mieux de leur main droite que de la gauche. L'extrémité de l'index gauche est introduit dans la narine pour exercer une contre-pression quand on fait l'incision. Celle-ci doit s'étendre seulement à travers la muqueuse et le périchondre, et c'est là le point le plus délicat de l'opération. Dans les cas où le cartilage, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer sont intéressés la membrane doit être élevée sur la presque totalité des deux faces du septum. Si le cartilage seul est intéressé, il faut limiter l'élévation de la muqueuse à environ un demi-pouce au delà de la jonction du cartilage et de la lame perpendiculaire et en bas sur le plancher du nez. Détacher toujours la muqueuse à un demi-pouce au delà de la surface d'enlèvement pour éviter toute blessure en enlevant la portion déviée de la cloison. J'emploie un élévateur large, lourd et mousse pour ne pas déchirer la membrane.

Le cartilage présente une teinte blanc nacre quand l'élévateur pénètre au-dessous du périchondre, tandis qu'il est rougeâtre et velouté si le périchondre recouvre encore sa surface. Ceci fait l'élévateur mousse pénétrer dans la poche déjà faite et dirigez-le parallèlement au bord du nez, car c'est là que l'on sentira le moins de résistance. Après introduction de l'élévateur jusqu'à la lame cribriforme, décollez en avant et en arrière avec la tige de l'élévateur plutôt qu'avec la pointe qui peut produire une perforation.

Après introduction de l'élévateur lourd mousse aussi haut que la lame cribriforme, exercez une pression en bas et en arrière avec un mouvement de torsion et la membrane sera détachée jusqu'en bas à la crête du vomer. Puis redressez la cloison si elle est convexe et passez l'élévateur en bas et en arrière. La flexibilité de la pointe du nez permet de travailler parallèlement à la partie antérieure du cartilage jusqu'à ce qu'on atteigne la crête de la déviation perpendiculaire ; l'on peut alors continuer d'une façon directe le décollement.

Le périoste se continue uniformément entre les portions osseuses de la cloison, mais il n'en est pas de même dans son union avec le périchondre du cartilage.

Enlèvement du cartilage. — J'emploie pour le faire le bistouri à pivot. Laissez-en toujours assez le long du dos du nez pour support. N'en enlevez pas trop, c'est essentiel.

Enlèvement de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. — Elle se pratique avec la pince de Jansen-Struycken introduite à travers la poche périchondrale. La lame perpendiculaire est saisie et doucement ébranlée jusqu'à détachement de ses insertions.

Enlèvement du vomer. — On le détache à coups légers de maillet et avec un ciseau à pierre de pigeon de Hajek, de son insertion avec le maxillaire supérieur et on l'enlève avec une forte pince.

Pansement. — On fixe d'abord avec un spéculum le muco-périchondre et on introduit alors deux tentes en éponge Simpson dans la narine du côté convexe, et une du côté concave; on instille quelques gouttes d'eau oxygénée à l'extrémité des tentes. Les tentes se gonflent et facilitent l'adhérence des deux surfaces l'une à l'autre. Le pansement ne doit rester que 24 heures en place.

WM. A. HITSCHLER trouve la méthode de Ballenger facile et nos instrumentation simplifiée au minimum. L'élévateur mousse économe du temps et tourne les difficultés.

E. B. GLEASON décrit sa méthode avec lambeau en U.

O'REILLY appelle l'attention sur l'incision de Freer qui met à l'abri d'une perforation permanente.

MAC KENZIE recommande une légère incision le long de la crête du vomer pour faciliter la déviation du côté concave. Il recommande aussi une incision du côté convexe, non en face, mais antérieurement ou postérieurement au côté concave pour faciliter la sortie du sang. Il emploie avec avantage la méthode de Schleich pour anesthésier.

BALLENGER n'a vu qu'une seule fois l'affaissement post-opératoire du nez et encore était-ce dans un cas de péri-chondrite. Cependant il faut toujours faire un examen sérieux du nez avant d'opérer, et si on le trouve flasque et mou il vaut mieux ne pas opérer dans la crainte d'un affaissement.

BALLENGER ne recommande pas la résection sous-muqueuse chez les enfants, car le cartilage chez les enfants n'est pas totalement développé. Pour corriger les déviations chez les enfants il emploie l'opération de Sluder qui consiste à faire 3 incisions parallèles dans la déviation parallèlement à la crête, l'incision moyenne s'étendant sur toute la longueur de la lame quadrilatère.

XXI. — SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE ROUMANIE

Séance du 1^{er} mai 1912.

Président : ORESCU. — Secrétaire : MAYERSOHN.

Compte rendu par COSTINIU.

Oblitération de la fosse nasale gauche, par COSTINIU. — L'auteur présente un jeune homme âgé de 22 ans, opéré d'une oblitération complète de la fosse nasale gauche vers son milieu : un stylet introduit dans cette narine était arrêté à 8 cm. L'obstacle était formé par une paroi cartilagineuse et, dans sa partie inférieure osseuse. Le septum très dévié vers la gauche faisait impossible tout examen au spéculum. A la rhinoscopie postérieure on apercevait les choanes libres et une membrane qui bouchait l'entrée de la fosse nasale gauche.

Le malade ne se rappelle pas avoir jamais respiré par la narine gauche : l'affection paraît donc être congénitale. Dernièrement les sécrétions s'éliminaient à son insu de la narine, ce qui faisait qu'il avait très souvent une goutte au nez : c'est ce qui l'a décidé à se faire opérer.

Le 20 avril on fait la résection de l'épine formant la déviation du septum. Le 25 suivant, sous le chloroforme, C. creuse un canal en se servant de la gouge et des ciseaux imaginés par Mitrianu pour l'ouverture des abcès amygdaliens. Une sonde œsophagienne est introduite dans le canal et sortie par la bouche. Après la sonde il introduit une mèche jusqu'au pharynx. Les jours suivants on continue les pansements locaux.

Actuellement la respiration par la narine opérée est assez bonne. Il est à espérer que la guérison sera définitive et la respiration améliorée si le malade reviendra de temps à autre pour être surveillé.

Gomme syphilitique du pharynx et iodure de potassium, par COSTINIU. — Cet homme âgé de 41 ans a eu il y a 14 ans des accidents primaires non traités. Il y a un an il reçoit 12 injections de biiodure d'hydrargyre mais aucune cette année. Il y a 8 jours il se présente avec sur le pharynx buccal, vers la gauche, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, indolore, la voix nasonnée et avec gêne à la déglutition. Traitement exclusif par l'iodure de potassium à la dose de 2, 3, puis 4 grammes par jour. En 8 jours la gomme a diminué de moitié sous l'influence de ce traitement.

COSTINIU présente une jeune fille de 16 ans qui se plaignait de douleurs dans la gorge et qui, à l'examen, fut trouvée porteuse d'une hypertrophie double amygdalienne. Les amygdales furent enlevées il y a 6 semaines mais la jeune fille continue à se plaindre et de plus en plus, de douleurs dans la gorge semblables à des piqûres d'aiguilles et qui ne la quittent ni le jour ni la nuit. On ne remarque rien localement.

FELIX pense que ces douleurs sont de nature nerveuse et conseille de recourir à l'hypnotisme.

NEUMANN a eu un cas semblable : Une jeune fille de 16 ans se plaignait continuellement de piqûres d'aiguilles dans la gorge rebelles à tout traitement. Des symptômes basedowiens apparurent quelques temps après.

Séquestre osseux dans le larynx, par SELIGMANN. — Un homme de 41 ans se plaint depuis 7 jours d'enrouements et de dyspnée. A l'examen on aperçoit sous la corde vocale gauche, près de la commissure antérieure et de travers un corps étranger mal odorant qui fait penser l'auteur à une croûte ozéneuse de la trachée et prescrit des inhalations. Le lendemain ce qui paraissait être une croûte devint plus proéminent et put être extrait : c'était un séquestre qui provenait probablement du cartilage thyroïde.

FELIX croit que ce séquestre, qui est un véritable fragment osseux et non pas cartilagineux, provient du vomer et non pas du c. thyroïde.

Corps étranger dans le larynx, par MAYERSOHN. — La liste est interminable des corps étrangers que nous pouvons introduire par hasard dans nos différentes cavités. Un homme se présente un matin chez moi se plaignant qu'en avalant un morceau de rahat-loucoum lui est restée dans la gorge et qui le gêne horriblement.

Au lieu d'une croûte de pistache (le rahat-loucoum est préparé avec des pistaches) que je pensais trouver, j'aperçois une paille de balai de 2 cent. $1/2$ de long, une extrémité fichée dans le bord supérieur de l'épiglotte, l'autre extrémité bifurquée, enfoncée dans la paroi gauche du pharynx. Extraction facile.

Cas curieux d'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien, par NEUMANN. — L'orateur relate le cas suivant. Un enfant de 16 mois présente des phénomènes angineux, température de 39° avec refus d'aliments. Les soupçons de diphtérie ne sont pas confirmés par l'examen bactériologique. A la suite de badigeonnages antiseptiques la température descend mais il persiste des vomissements et de la respiration ronflante. Pendant cinq semaines, l'état du petit malade est tantôt mauvais, tantôt un peu amélioré. On diagnostique un état grippal.

Le 23 février quand N. voit l'enfant pour la première fois celui-ci est affaibli par les vomissements, a de la température (39°), la respiration bruyante et ronflante, la voix claire et la tête en extension. La dyspnée de vient intense à chaque fois qu'on essaie de fléchir la tête sur la poitrine. Après un examen détaillé, l'orateur découvre sur la paroi postérieure du pharynx buccal, vers la droite, une fluctuation longitudinale qu'il diagnostique *abcès rétropharyngien* avec tendance à se propager en bas. L'ouverture de l'abcès fait sortir une grande quantité de pus et tous les phénomènes disparaissent. Le soir l'enfant n'a que 37° , mais il continue à vomir un peu.

Quatre jours après, brusquement l'enfant a de nouveau 39° et de fréquents vomissements, mais pas de dyspnée, ni de respiration ronflante. La tête est penchée vers la droite et la main à l'oreille droite. Pas de douleurs à l'oreille externe. Vers le milieu du conduit auditif se trouve une proéminence sur la paroi antéro-inférieure très prononcée, colorée normalement sans zone inflammatoire, molle et fluctuante et indolore au contact. Très peu fixé sur la nature de cette proéminence. N. passe à la gorge et alors il voit une petite tumeur molle et fluctuante sur le pharynx et parallèle au pilier postérieur droit. Pendant qu'il palpe l'abcès un filet de pus jaillit par le conduit. Nouvel examen du conduit : la proéminence a disparu, en laissant un petit orifice ombiliqué par où s'écoule du pus lorsqu'on appuie sur l'abcès du pharynx. Le tympan est normal et l'ouïe fine. Pendant 3 jours des gouttelettes de pus perlèrent par l'oreille et après tout est rentré dans l'ordre avec guérison complète.

N. n'a trouvé qu'un seul cas analogue dans la littérature : celui de Henoch de Berlin en 1874.

N. rappelle que sur la paroi-inférieure du conduit, sur la partie externe cartilagineuse se trouvent 2-3 incisures (de Duvernay ou de Santorini). Le pus d'un abcès rétropharyngien peut pénétrer à travers le tissu conjonctif lâche de la région et faire irruption par éfraction dans le conduit au litif externe par ces incisures, et vice versa un abcès du conduit peut par les mêmes incisures pénétrer dans l'articulation temporo-maxillaire et dans la parotide.

COSTINIU et MITZIANU représentent le malade de la séance du 6 mars avec une sténose laryngée syphilitique. Après lui avoir extirpé l'épiglotte à l'aide de la pince à morcellement de Ruault les auteurs lui ont détruit par 3 cautérisations, à la laryngoscopie directe, les replis de la muqueuse aryénoïdienne. Le 4^e jour le malade a pu être définitivement débarrassé de sa canule.

COSTINIU a opéré la jeune fille atteinte d'un laryngotyphus, car communiqué à la séance du 6 mars. Après laryngostomie on lui a mis un long tube de caoutchouc mais qui s'encrassait rapidement avec des mucosités qui provoquaient des suffocations. A une de ces crises la suffocation a été si brusque qu'on n'a pas eu le temps de remplacer le tube par une canule et la malade mourut suffoquée.

XXII. — ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Réunion à Atlantic-City.

Séance du 4 juin 1912.

Président : SHAMBAUGH (de Chicago).

Traduction par MENIER (de Decazeville).

Ponction du sinus maxillaire chez les tuberculeux, par SKILLERN (de Philadelphie). — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : les sinus à l'état de santé sont exempts de bactéries ; les tuberculeux ne sont pas plus que les autres enclins à la sinusite ; la tuberculose pulmonaire ne prédispose pas à la sinusite. La tuberculose vraie est rarement trouvée isolée dans un sinus.

Ethmoïdite comme séquelle fréquente de la fièvre des foins, par TODD (de Minneapolis). — L'orateur croit que les sujets susceptibles sont atteints quelle que soit la condition intranasale.

RICHARDS (de Fall-River). Les anomalies intranasales ne sont pas la cause du rhume des foins ; mais elles l'aggravent beaucoup ; il y a aussi un rôle considérable joué par l'élément nerveux.

Importance de la radiographie en oto-laryngologie, par HICKEY (de Détroit).

XXIII. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEF

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 30 janvier 1912.

Président : N. TROFIMOFF.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

Le PRÉSIDENT annonce la mort de P. HELLAT qui a eu lieu le 16 janvier 1912 et rappelle les travaux de ce spécialiste.

Un cas de pemphigus des yeux et de la bouche, par G. DOBRY et J. GUINSBOURG. — Cette affection a été décrite par Arthur Thost au dernier Congrès de Berlin. Dans ce groupe particulier de pemphigus on ne trouve de lésions que sur les muqueuses et jamais sur la peau ; les muqueuses de l'œil sont toujours atteintes, il y a

tendance à la formation de synéchies; l'évolution est chronique et sans fièvre. Cette affection est très rare. Dans le cas présent il s'agit d'une femme de 51 ans, teinturière, malade depuis 12 ans. On avait soigné l'affection des yeux comme un trachome. Dans la bouche on voit des taches jaunes-blanchâtres faisant une légère saillie et provenant de bulles ouvertes récemment. Ces taches occupent la face interne des joues et la paroi postérieure du naso-pharynx. Il existe des synéchies entre les piliers postérieurs et le voile du palais. Le larynx est normal. Il existe des lésions oculaires, notamment sur la cornée. Les divers modes de traitement ne donnent pas de résultat satisfaisant dans cette affection.

Calcul amygdalien très volumineux, par A. TOURSKY. — Une femme de 26 ans vint consulter pour une gêne pendant la déglutition. Dans la fosse supratonsillaire droite la muqueuse est congestionnée, et un peu au-dessous se trouve un calcul qu'on ne peut enlever qu'après une incision. Le calcul pèse 6 gr. 23; il a 2 cm. 3 de longueur et 1 cm. 8 d'épaisseur. Il est constitué de phosphate de chaux, de carbonate de chaux et de sulfate de chaux, sans substances organiques. Après l'extraction du calcul il n'est pas resté de poche dans l'amygdale; les parois se sont cicatrisées sans laisser de trace apparente.

Sur les procédés d'éclaircissement du conduit auditif externe et de la région tympanique, par A. PACHKOFF. — L'orateur présente un miroir qu'il a construit sur le type de l'endoscope mais sans emploi de l'électricité et qui permet d'éclairer isolément les différentes régions du conduit auditif.

Un cas de sinusite frontale opéré par la méthode de Killian, par M. KHARCHAK. — L'orateur présente un malade qui était atteint d'inflammation purulente chronique du sinus frontal gauche. Malgré une carie osseuse de la grosseur d'une tête d'épingle dans la paroi antérieure du sinus et de la séparation du périoste par du pus, on put obtenir une cicatrisation par première intention grâce au drainage suffisant que permet l'opération de Killian. L'opération a été un peu atypique en ce sens que l'on suture le périoste à fils perdus aussi bien devant l'ouverture antérieure que devant l'apophyse frontale enlevée de la mâchoire supérieure. On obtient ainsi un meilleur résultat pratique.

Calcul amygdalien pesant 26 grammes, par M. KHARCHAK. — Ce calcul a été enlevé de l'espace rétro-amygdalien gauche chez un homme de 42 ans. Il a la forme d'une fève. La coloration est blanche. Après l'extraction il était resté une cavité recouverte de muqueuse. Le premier mois les aliments y pénétraient, puis la cavité se ferma.

II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1° SOCIÉTÉS ALLEMANDES.

I. — **XXIX^e Congrès allemand de médecine interne.** — Wiesbaden, 16-19 avril 1912. — **Pathologie de la dilatation de l'œsophage**, par STARCK (de Karlsruhe). — L'orateur rappelle ses résultats de radiographie des diverticules de l'œsophage. Une série de radiographies est montrée pour faire voir les diverses configurations des diverticules.

Sur le centre de la parole, par VAN VELZEN.

Diagnostic des tumeurs primaires du poumon, par EPHRAÏM (de Breslau). — Au moyen de la bronchoscopie on peut reconnaître les tumeurs malignes circonscrites du poumon et les guérir à un moment où la radiographie ne fournit aucun renseignement.

Traitement du spasme du cardia, par BRUCK (de Breslau). — L'auteur recommande la méthode de Wilm, dans laquelle une sonde gonflée dans l'estomac est retirée avec force par le cardia et qui permet une dilatation extraordinairement forte avec succès éclatant.

Pathologie et traitement de l'anneau lymphatique pharyngien, par ROEDER (d'Elberfeld). — Dans les maladies générales et locales, l'orateur a pu obtenir un grand soulagement par la détersion systématique des amygdales palatines et pharyngiennes.

Recherches sur le goitre endémique dans le Tyrol, par BAUER d'Innsbruck).

MENIER (de Decazeville).

II. — **XLIV^e Congrès de la Société allemande de chirurgie.** — Berlin, 10-13 avril 1912. — **Emploi du radium en chirurgie**, par STICKER (de Berlin). — L'orateur relate le cas d'un sarcome du pharynx qui fut guéri par le radium.

Plastique nasale, par Jacques JOSEPH (de Berlin). — L'orateur présente des projections de nez ensellés guéris par plastique avec un fragment de tibia, dans un cas il a réussi à allonger le nez en prenant le morceau de tibia plus long : il s'agissait d'une combinaison de nez ensellé et de nez trop court. Il présente des corrections du bout du nez et des cas de lupus ; la correction fut faite par méthode italienne avec implantation d'un fragment tibial.

Traitement de la sténose de l'œsophage par électrolyse, par JENCKEL (d'Altona). — L'auteur relate un cas dans lequel l'électrolyse circulaire avec les sphères métalliques olivaires de Neumann lui a donné un excellent résultat (2 milliampères).

Suites tardives de l'occlusion opératoire des fentes palatines, par HAGEMANN (de Marbourg). — L'orateur a vu assez souvent chez les sujets opérés très jeunes un rétrécissement du maxillaire supérieur. Il recommande donc de ne pas faire l'opération trop tôt.

Extraction d'un corps étranger flottant de l'arbre bronchique, par GLÜCKSMANN (de Berlin). — L'extraction réussit grâce à la combinaison

de la radiographie et de la bronchoscopie ; on contrôlait sur l'écran les mouvements du corps étranger et de la pince.

MENIER (de Decazeville).

III. — *Société de chirurgie de Breslau*. — Séance du 8 juin 1912. — **Bruits d'oreilles par début de formation d'un angiome artériel ramifié avec trajet anormal de l'artère occipitale**, par KÜTTNER. — Les bruits, synchrones au pouls, duraient depuis 3 ans ; pulsation anévrysmale au niveau de l'artère occipitale. L'opération révèle que toute la région était traversée de nombreuses artères ; l'occipitale et son rameau mastoïdien avaient un trajet anormal, à travers un long canal osseux qu'on ouvrit et on extirpa le vaisseau. Le bruit a disparu.

Tumeur salivaire inflammatoire, par COENEN. — La tumeur est due à une inflammation interstitielle de la glande sous-maxillaire.

MENIER (de Decazeville).

IV. — *Société de Hufeland*. — Berlin, séance du 9 mai 1912. — **Plastique de l'aile du nez par la méthode de König**, par SCHMIEDEN. — Cette plastique consiste à prélever sur l'oreille un fragment exactement adapté à la perte de substance ; on le place avec la voussure regardant en dehors et on le suture par des points peu serrés. Quelques heures après greffe, le fragment se cyanose et s'œdématie ; c'est un processus vital qui ne doit pas être trop fort, car le lambeau souffrirait ; on combat cette exagération par quelques scarifications. Schmieden n'a jamais eu d'insuccès.

MENIER (de Decazeville).

V. — *Société des médecins d'enfants du sud-ouest de l'Allemagne et du pays rhénan et de la Westphalie*. — Séance du 16 avril 1912 à Wiesbaden. — **Indications de l'adénotomie dans l'enfance**, par BLUMENFELD. — L'ablation de l'amygdale pharyngienne ne dépend pas seulement de sa grosseur ; il faut enlever toutes celles qui gênent la respiration du nez. Les indications ne sont pas les mêmes pour tous les âges ; ainsi, au-dessous de un an il ne faut opérer que quand il y a danger direct pour l'oreille, ou que la nutrition est compromise. Chez les enfants plus âgés il y a à considérer : 1° L'action de l'augmentation des végétations sur les organes voisins ; on opérera sans tarder les enfants durs d'oreille avec tympan constamment rétracté, de même ceux avec otite moyenne ou avec catarrhes fréquents de la caisse, ainsi que dans les cas où il y a formation considérable de mucosités dans le nez et le pharynx. 2° Rôle de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne pour l'infection générale ; il faut ici penser à la tuberculose ; les travaux de l'orateur ont mis en lumière les relations de l'adénopathie trachéo-bronchique et des végétations adénoïdes. L'anneau lymphatique représente la porte d'entrée.

Mais les végétations peuvent être infectées secondairement par voie sanguine, ce qui provoque des élévations thermiques et de la bronchite à répétition. L'orateur s'est convaincu de cela en traitant simplement par la méthode générale des enfants atteints d'adénopathie, sans enlever les végétations ; les manifestations ci-dessus

apparurent avec fréquence et ne cessèrent que lorsque les végétations eurent été enlevées.

Les actions à distance des végétations : asthme, incontinence d'urine et terreur nocturne sont des indications opératoires moins pressantes.

MENIER (de Decazeville).

VI. — *Société des sciences naturelles et médicales d'Iéna.* — Séance du 23 mai 1912. — **Présentations**, par LEXER.

1° Extirpation totale du larynx pour carcinome. L'opération remonte à deux ans. Pas de canule parlante. Le malade a pu arriver très bien à parler en utilisant l'air résiduel. Pas de récurrence.

2° Fente nasale bilatérale opérée. Pour éviter la formation d'un nez en trompe, on a fait une autotransplantation avec la lèvre inférieure.

Séance du 27 juin 1912. — **Opération secondaire de bec-de-lièvre**, par LEXER. — L'opération fut faite pour améliorer le résultat esthétique d'une première opération. Pour supprimer le laid aplatissement de la lèvre supérieure, on greffa dans celle-ci sectionnée un lambeau cunéiforme de la lèvre inférieure. La greffe était suffisamment nourrie par un rameau de l'artère labiale. MENIER (de Decazeville).

VII. — *Société médicale de Essen-sur-Ruhr.* — Séance du 11 juin 1912. — **Présentation**, par NIEDERSTEIN. — L'orateur présente une radiographie montrant une dent en rétention ayant provoqué une dilatation considérable du maxillaire supérieur. MENIER (de Decazeville).

VIII. — *Société médicale de Göttingen* — Séance du 2 mai 1912. — **Démonstrations anatomo-pathologiques**, par UFFENORDE. — Dans 3 cas de labyrinthite suppurée tympanique, les fenêtres sont conservées, mais traversées de bactéries et leucocytes. Il ressort que l'infection s'est faite à travers les fenêtres conservées.

MENIER (de Decazeville).

IX. — *Société silésienne pour la culture nationale.* — Breslau, Séance du 17 mai 1912. — **Présentations**, par TRITZE.

1° Cas de laryngectomie totale pour cancer, opéré il y a six mois ; pas de récurrence.

2° Cas identique opéré il y a dix mois ; il y eut fistule œsophagienne avec excision de la muqueuse. On a fait une plastique à lambeau.

3° Photographies de goîtres volumineux opérés.

Un cas mourut de tétanie ; une autre malade succomba à l'embolie gazeuse.

MENIER (de Decazeville).

2° SOCIÉTÉS AMÉRICAINES.

I. — *Congrès international d'otologie de Boston.* — 12 août 1912. — Les prix suivants ont été décernés : Prix Lanval partagé entre Kolmer, de Vienne et Shambaugh de Chicago ; prix Politzer (fondé en 1909) entre Barany de Vienne et Cheate de Londres ; le prix Cozzolino a été décerné au Dr Görke à Breslau.

MENIER (de Decazeville).

II. — *Société américaine de Pédiatrie.* — Réunion annuelle les 29, 30 et 31 mai 1912. — **Epidémie d'angine de Baltimore avec**

atteinte des ganglions cervicaux, par RURA (de Baltimore). — Le facteur était un streptocoque qui se trouvait dans le lait. Dans 30 à 40 % des cas, on dut constater des complications du côté de l'oreille moyenne. Quant aux adénites cervicales, elles se terminèrent rarement par la suppuration. MENIER (de Decazeville).

3° SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES.

I. — **Société médicale de Brünn (Moravie)**. — Séance du 3 juin 1912. — **Présentation**, par LEISCHNER. — Il s'agit d'un jeune homme qui, avec un rasoir, s'était fait une plaie transversale de la gorge ; le rasoir avait sectionné transversalement et totalement la trachée juste au-dessous du larynx, de sorte que sa partie centrale se trouvait sous le sternum et que le larynx était en haut en direction sagittale en avant ; on attira le moignon trachéal et, après trachéotomie basse, on sutura la trachée circulairement. Guérison en 15 jours. Il persiste paralysie bilatérale des récurrents à cause de la lésion de ces nerfs.

Perte de substance traumatique du dos du nez, par DERKA. — Dans un duel, le blessé perdit un fragment de nez sur la région dorsale ayant 5 cent. de long et 2 de large ; à droite, on pouvait voir l'intérieur du nez et à gauche la muqueuse était à nu ; après divers avatars le fragment fut ramassé et porté à l'auteur par le blessé dans un tampon ; on le lava et on le sutura ; après une nécrose superficielle qui nécessita l'application de sangsues, le morceau reprit très bien.

MENIER (de Decazeville).

Séance du 17 juin 1912. — **Projections**, par STERNBERG. — 1° Lymphangiome pédiculé volumineux de la langue simulant une deuxième langue ; 2° fissure de la luette ; 3° perforation scarlatineuse du voile du palais ; 4° ulcères et cicatrices vastes du palais du pharynx et du larynx chez un garçon de 12 ans et demi atteint de syphilis congénitale ; 5° sténose membraneuse de l'entrée de l'œsophage ; 6° diphtérie de l'œsophage ; 6° cas analogue ; 7° perforation d'un ganglion tuberculeux dans l'œsophage ; 8° ulcère de décubitus dans le segment supérieur de l'œsophage chez un sujet diphtérique ; 9° altération de l'œsophage par alcali et perforation lors du bougirage (fillette de 2 ans et demi). MENIER (de Decazeville).

II. — **Société médicale de Styrie (Autriche)**. — Séance du 15 décembre 1911. — **Présentation**, par VON HACKER. — Collégien de 17 ans auquel l'orateur a enlevé par bronchoscopie inférieure la gaine métallique d'un crayon ; elle siégeait dans la partie hypoartérielle de la grosse bronche droite ; elle était tenue entre les dents lorsqu'une crise de rire l'avait fait déglutir. La bronchoscopie supérieure échoua à cause de l'agitation du malade ; on fit donc la trachéotomie et la bronchoscopie. Guérison sans incidents.

MENIER (de Decazeville).

4° SOCIÉTÉ DANOISE.

I. — **Société danoise de dermatologie**. — 84^e réunion, 6 décembre 1911. — **Présentation**, par KASLING. — L'orateur présente un malade

atteint de nodules syphilitiques linguaux (l'infection remonte à 14 ans) très rebelles ; ni les frictions, ni l'iodure, ni le mercure à l'intérieur, ni les piqûres au calomel n'ont pu en avoir raison. Ce cas contraste avec ceux vus par l'auteur et avec l'opinion de Fournier qui a dit que les nodules disparaissent facilement par l'iodure de K.

Séance du 7 février 1912. — **Lupus de la langue**, par STRANDBERG.

L'orateur relate l'histoire de trois cas de lupus lingual ; il attire l'attention sur la facilité de confusion avec la syphilis linguale.

Stomatite mercurielle ; ostéite du maxillaire inférieur avec formation de séquestre, par EHLERS.

Présentation de cas, par JERSILD. — C'est un cas de glossite scléreuse peut-être provoquée par l'irritation causée par une pièce prothétique de la mâchoire supérieure. MENIER (de Decazeville).

5° SOCIÉTÉS FRANÇAISES.

I. — **Académie de médecine de Paris**. — Séance du 8 octobre 1912. — **Traitement local de l'angine de Vincent par l'arsénobenzol**, par ACHARD. — L'auteur publie l'observation d'un malade présentant une angine de Vincent qu'il a guérie en 4 jours par l'application répétée 3 fois en 24 heures de poudre d'arsénobenzol dans l'amygdale malade. DHERS (de Paris).

II. — **XXV^e Congrès de l'association française de chirurgie**. — Paris, 7-12 octobre 1912. — **Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage**, par GUISEZ (de Paris). — L'auteur donne lecture de son rapport sur la première question mise à l'ordre du jour par le Congrès. Il y passe en revue tous les moyens de diagnostic que nous avons actuellement et fait ensuite une étude complète des diverses interventions à pratiquer suivant l'importance du rétrécissement. Nous n'analyserons pas ici ce long rapport qui paraîtra *in extenso* dans le prochain numéro des Archives.

Après lecture de l'intéressant travail de Guisez, plusieurs chirurgien ont pris la parole sur cette question.

MOURE (de Bordeaux) co-rapporteur, constate que son étude le conduit aux mêmes conclusions que celles formulées par Guisez. Il n'y a donc à signaler dans son rapport que certaines particularités d'instrumentation et de technique et certains faits d'observation personnelle, constituant un utile complément à l'étude de Guisez.

DEPAGE (de Bruxelles) accorde ses préférences aux méthodes de dilatation progressive non sanglantes qu'il estime applicables dans tous les cas avec de la patience et un peu d'habileté. Il insiste notamment sur la technique de la dilatation rétrograde de l'œsophage et de la gastrostomie préalable et présente des olives dilatatrices d'un modèle un peu spécial pour cette dilatation rétrograde.

DEPAGE termine en attirant l'attention de ses confrères sur les bons effets adjuvants qu'on peut retirer de l'emploi de la fibrolysine dans le traitement des sténoses très serrées de l'œsophage.

Pour BÖCKEL (de Strasbourg), le traitement de choix des sténoses œsophagiennes est l'électrolyse circulaire, exécutée sous le contrôle

œsophagoscopique et combinée à la dilatation progressive ultérieure. Il rappelle que son frère, Eugène Bœckel, avant la découverte de l'œsophagoscopie avait obtenu de beaux succès par l'électrolyse : trois malades opérés ainsi par lui depuis 7, 18 et 20 ans sont en excellent état, la sténose ne s'étant plus jamais reproduite.

FORGUES (de Montpellier), a traité en 20 ans, onze cas de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

De cette série l'auteur tire trois conclusions :

1^o la gastrostomie mérite de garder sa place de premier rang dans la cure des rétrécissements cicatriciels graves de l'œsophage. Elle permet d'alimenter le malade et met l'œsophage au repos, condition avantageuse pour calmer les phénomènes inflammatoires, ou pour supprimer le spasme, ce qui est démontré par ce fait assez fréquent et constaté trois fois par Forgues, qu'un rétrécissement infranchissable aux plus fines bougies devient perméable après la gastrostomie.

2^o La gastrostomie est une intervention rapide, pouvant, excepté chez l'enfant, se pratiquer avec l'anesthésie locale et bien tolérée même au-dessous de la 15^e année.

3^o Il est extrêmement important de suivre ces malades à distance et de savoir dans quelles proportions on peut maintenir la stabilité du résultat car il y a des rétrécissements longs et calleux indilatables de façon durable même avec les méthodes nouvelles.

Sur 8 de ces rétrécis graves dont il a pu avoir des nouvelles, Forgues a su que 3 avaient succombé à la tuberculose (un de ces 3 malades est mort à la neuvième année ayant gardé sa fistule gastrique pendant 6 ans) ; un enfant de 5 ans est mort au sixième mois, sa fistule gastrique ne l'alimentait pas suffisamment ; un adulte a succombé au troisième mois, la valeur alimentaire de la bouche gastrique étant très réduite par une sténose du pylore consécutive à une ulcération caustique de l'estomac lui-même comme l'autopsie l'a établi, les trois autres sont bien guéris.

DELAGÉNIÈRE (du Mans) constate que malgré les progrès de l'œsophagoscopie, 8 pour 100 des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage restent infranchissables et sont du ressort de la chirurgie.

La technique à laquelle s'arrête Delagénère peut se résumer ainsi : Laparotomie médiane sus-ombilicale aussi haute que possible. Incision de l'estomac dans le même sens que l'incision de la paroi et aussi haute que possible vers le cardia. Abaissement de l'estomac par tractions sur les bords de l'incision stomacale. Toucher du cardia, puis exploration à la vue de cet orifice au moyen d'une valve. Alors, suivant les cas, soit cathétérisme rétrograde, soit ponction du rétrécissement ou section avec un urétrolome d'Albarran. Fermeture de l'estomac, puis création d'une bouche stomacale ou d'une bouche jéjunale.

Traitement consécutif : dilatation progressive directe ou rétrograde.

JACQUES (de Nancy), préconise le traitement suivant : par le per-tuis, il passe une bougie semi-rigide aussi fine qu'il est nécessaire, sous le contrôle de l'œsophagoscopie et après adrénococaïnisation et

il attache cette bougie à l'une des dents du maxillaire supérieur. Au bout de 6 à 12 heures, le tissu fibreux se ramollit au contact du corps étranger suffisamment pour permettre la déglutition autour du cathéter laissé à demeure.

BÉRARD (de Lyon) préconise, au point de vue du diagnostic, la radioscopie avant toute chose parce qu'elle peut nous éclairer sur les dangers ou l'impossibilité de l'œsophagoscopie ; au point de vue du traitement des rétrécissements infranchissables il fait ressortir les avantages de la gastrostomie qui à elle seule peut supprimer le spasme qui accentue le rétrécissement.

FRÖLICH (de Nancy) confirme ce qu'a dit Forgues sur la valeur de la gastrostomie ; il confirme également les bons effets de la fibrolysine.

Il a eu recours également, avec le même succès que M. Jacques, à l'emploi de bougies à demeure pour obtenir la dilatation rapide de rétrécissements à peine franchissables.

Enfin il n'a eu qu'à se louer de l'électrolyse dans plusieurs cas.

SARGNON (de Lyon) présente au Congrès une statistique personnelle de 33 cas qu'il divise en 3 catégories :

1^{re} catégorie (cas simples) ; la dilatation seule suffit, lente et progressive.

2^e catégorie (cas nécessitant l'œsophagoscopie) : on cherche ainsi l'orifice qu'on dilate *de visu*.

3^e catégorie (cas nécessitant une intervention chirurgicale externe) : Sargnon préconise alors la gastrostomie. DHERS (de Paris).

III. — *Société de chirurgie de Lyon*. — Séance du 4 juillet 1912. — **Résultats éloignés de deux laryngectomies totales**, par BÉRARD et SARGNON. — 1^o Présentation d'un malade opéré quatorze mois auparavant par laryngectomie totale après trachéotomie préalable pour un néoplasme laryngé. Etat général excellent, grosse augmentation de poids, le malade est porteur d'une canule trachéale et peut vaquer à ses occupations. Il n'existe ni induration suspecte ni ganglions carotidiens ou sus-claviculaires. On distingue à peine la cicatrice en H laissée par l'intervention. Dans la profondeur on voit le conduit pharyngo-œsophagien reconstitué en avant de la colonne cervicale.

2^o Une autre laryngectomie totale pour néoplasme, faite en mars 1911 après trachéotomie préalable et sous-anesthésie locale, a donné une survie de 8 mois. Une récurrence commença au cinquième mois et entraîna la mort 3 mois après par envahissement progressif des organes du cou.

R. BARLATIER (de Romans).

IV. — *Société des sciences médicales de Lyon*. — Séance du 29 mai 1912. — **Sténose cicatricielle de l'œsophage**, par GAREL et GIGNOUX.

— Il s'agit d'un cas de sténose œsophagienne complète chez une fillette de 7 ans 1/2 à la suite d'absorption de potasse. L'enfant qui a été d'abord nourrie par des lavements est très amaigrie, elle pèse moins de douze kilogs. Gastrostomie pour permettre l'alimentation.

L'exploration montre que la sténose siège à 21 centimètres ; elle admet une sonde n° 5 mais la dilatation est impossible. Dix séances

d'électrolyse circulaire donnent une amélioration. On passe une sonde n° 15, mais malgré de nouvelles séances la dilatation ne progresse pas, la sténose paraît même s'accroître.

L'enfant est alors traitée par la dilatation caoutchoutée rétrograde permanente à l'aide d'un fil sans fin bucco-stomacal.

L'amélioration obtenue est considérable, l'enfant a repris du poids et peut s'alimenter. Les séances de dilatation seront continuées.

Séance du 5 juin 1912. — **Clou de tapissier au niveau de la bouche de l'œsophage, extraction par voie buccale après anesthésie cocaïnique**, par JACOB. — L'auteur s'est servi pour l'examen et l'extraction du corps étranger de la spatule à autoscopie de Brünings qui permet une vue complète de tout le pharynx et a rendu facile l'extraction.

Séance du 29 juin 1912. — **Sténoses cicatricielles de l'œsophage**, par SARGNON. — 1° *Cas de sténose tardive* observé chez un enfant de 7 ans qui a avalé à l'âge de 15 jours une cuillerée à café de fumant.

Les accidents de sténose ont débuté brusquement il y a trois semaines. La sténose admet facilement une sonde de petit calibre mais une sonde de volume moyen est arrêtée dans la région médiothoracique. Amélioration très rapide par la dilatation simple.

2° *Sténose cicatricielle* due à l'absorption de potasse chez un enfant de 7 ans. Un essai de dilatation fait antérieurement a déterminé une perforation de l'œsophage et une pleurésie purulente dont l'enfant a guéri par pleurotomie après 4 mois. L'enfant est amené à la Charité avec une dysphagie absolue même pour les liquides. L'œsophagoscopie rapide sous cocaïne fait reconnaître une sténose moyenne à 22 centimètres et l'existence d'un corps étranger : pépin d'orange enclavé dans la sténose et occasionnant une occlusion absolue. Les parents refusent de laisser extraire le corps étranger qui est éliminé spontanément après une gastrostomie.

3° *Cas de sténose par ulcus peptique* chez un sujet de 22 ans. Le diagnostic est fait par l'œsophagoscopie rétrograde. Amélioration notable obtenue par dilatation caoutchoutée.

R. BARLATIER (de Romans).

V. — **Société médicale des hôpitaux de Lyon.** — Séance du 28 mai 1912. — **Méningite otogène guérie**, par LANNOIS et MOLLARD. — Femme de 26 ans entrée à l'hôpital Saint-Pothin avec des signes de méningite consécutive à une otite chronique droite. La malade est devenue sourde, puis a présenté une paralysie du moteur oculaire commun gauche et du coma avec température de 40°. Le coma a disparu mais les signes de méningite persistent. L'intervention pratiquée fait reconnaître une carie complète du toit de la caisse si bien que le pus était au contact des méninges. Curettage de la caisse et de la mastoïde.

La méningite a guéri ; il persiste du nystagmus spontané, de la surdité absolue et du déséquilibre très accusé.

R. BARLATIER (de Romans).

6^e SOCIÉTÉ HOLLANDAISE.

Société hollandaise de chirurgie. — Séance avril 1912. — **Résection de la trachée pour sténose**, par VAN STOCKUM. — Il s'agit d'un malade porteur de canule depuis 10 ans ; toute tentative de suppression provoquait l'asphyxie due à une sténose étendue de la trachée. L'orateur réséqua la trachée sur tout son pourtour sur une longueur de 3 cent. On put rapprocher facilement les moignons et les réunir au fil de bronze d'aluminium. Seconde trachéotomie à un cent. plus bas et quelques jours après, on put enlever la canule. Guérison définitive.

MENIER (de Decazeville).

7^e SOCIÉTÉS ITALIENNES.

I. — **Académie de médecine de Gênes.** — Séance de mai 1912. — **Plastique des ailes du nez**, par CANESTRO. — L'orateur parle d'un cas opéré par lui par transplantation libre de cartilage sur une aile du nez déformée par un ancien processus hérédosyphilitique. Les photographies qu'il présente sont bien supérieures comme résultat esthétique à ce qu'on pourrait obtenir par tout autre moyen.

MENIER (de Decazeville).

II. — **Académie de médecine de Turin.** — Séance du 7 juin 1912. — **Cent cas d'ozène traités par les radiations lumineuses**, par DIONISIO. — L'orateur a traité ses malades par les radiations des tubes de Gessler et les résultats furent absolument parfaits chez 33 malades ; chez 38 ils furent très bons et chez 29 on n'eut qu'une amélioration transitoire ou même pas de résultat du tout.

Séance du 14 juin 1912. — **Examen de la fonction auditive au moyen des voyelles**, par GRADENIGO.

Séance du 21 juin 1912. — **Action des extraits tonsillaires sur le système cardio-vasculaire**, par CALDERA. — Avec les extraits non filtrés on a un abaissement immédiat, fort et permanent de la pression qui serait dû aux nucléoparotéides.

Séance du 3 juillet 1912. — **Cent cas d'otite moyenne suppurée traités par les radiations lumineuses**, par DIONISIO. — Guérison dans 35 cas (datant de 6 ans chez 24 et de 2 ans chez 11). Guérison prolongée (mais avec récédive) chez 29 ; amélioration transitoire dans 36 cas.

Traitement de l'ozène par la méthode de R. Foy, par HAHN et MALAN. — La méthode consiste en lavage avec l'eau oxygénée, l'acide borique et projection forte d'air sec ou humide sur la muqueuse malade ; on éduque le malade à faire de profondes inspirations dans la journée. Dans 14 cas traités par les auteurs il y eut une amélioration notable.

MENIER (de Decazeville).

III. — **VII^e Congrès international de la tuberculose à Rome.** — 14-20 avril 1912. — **Héliothérapie des tuberculoses externes**, par ROLLIER (de Leysin).

Importance du traitement non-chirurgical des cas de tuberculose chirurgicale, par ALESSANDRI (Rome). — Le chirurgien doit toujours se souvenir qu'il n'a pas affaire à une affection purement locale, mais

à un sujet tuberculeux. Ce qui est important, c'est le repos des parties malades, le traitement général, la tuberculine et l'iode.

Effet des rayons solaires sur la tuberculose, par MORIN (de Leysin). — L'orateur indique les heureux avantages de l'héliothérapie, les rayons du soleil sont très bactéricides et pénètrent profondément dans les tissus. On peut la recommander dans les tuberculoses viscérales, y comprise celle des poumons. MENIER (de Decazeville).

IV. — *Société médico-chirurgicale de Bologne*. — Séance du 30 mai 1912. — **Granulome télangectasique du dos de la langue**, par PINCHERLE. MENIER (de Decazeville).

8° SOCIÉTÉ RUSSE.

I. — *Société de pédiatrie de St-Petersbourg*. — Séance du 7 mars 1912. — **Application de la pharyngotomie sus-hyoïdienne pour l'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes**, par E. HEIKING. — L'auteur présente une fillette de 9 ans, chez qui il n'était pas possible d'enlever au moyen des instruments rhinologiques un volumineux fibrome naso-pharyngien. L'auteur fit dans la région sous-maxillaire, sous la corne gauche de l'os hyoïde une incision de 5 cent. de long et put alors introduire deux doigts dans le naso-pharynx. L'hémorragie a été insignifiante ; la plaie se cicatrisa en 10 jours. Il y eut cependant des récives et l'on fut obligé de répéter cette opération encore deux fois. Depuis juil et 1911, il n'y a plus de nouvelle récive. Cette opération offre l'avantage de donner un bon résultat esthétique, une hémorragie insignifiante et de permettre un accès suffisant sur le champ opératoire. On peut faire l'anesthésie générale, qui serait dangereuse en raison de l'hémorragie, si l'opération était faite par voie nasale. M. DE KERVILY (de Paris).

III. — BIBLIOGRAPHIE

I. — Le traité des maladies du nez et du larynx, par SAINT-CLAIR THOMSON.

Ce traité est sans contredit un des plus remarquables que nous ayons eus entre les mains. Ce livre écrit avec clarté, illustré de nombreuses et excellentes figures se lit avec plaisir, rien n'a été laissé au hasard pour donner à une substance excellente une forme parfaite.

Dès le début l'auteur consacre quelques pages à l'embryologie du nez et du larynx puis un chapitre très important est tout entier consacré au mode d'examen de ces organes. Il est très difficile de résumer tous les excellents conseils relatifs à la situation réciproque du médecin et de son médecin, au choix de l'éclairage, du siège, etc.

Avant de faire son examen, il est bon de jeter un coup d'œil sur le malade, son aspect mettra souvent sur la voie du diagnostic.

Un petit détail qui a son importance, le malade ne doit pas se nettoyer les cavités nasales avant l'examen rhinoscopique, la présence du pus par exemple, sa localisation à tel ou tel endroit peut limiter d'emblée les recherches.

L'aspect rhinoscopique, les nombreux avantages du stylet sont minutieusement décrits. On peut en dire autant de tout ce qui a trait à la rhinoscopie postérieure et à la laryngoscopie indirecte. En ce qui concerne la rhinoscopie postérieure rappelons avec l'auteur les fautes qui la rendent difficile :

1° Les débutants n'éclairent pas correctement le pharynx.

2° Ils énervent le malade et provoquent des réflexes violents en manœuvrant maladroitement l'abaisse-langue ou en touchant le voile avec le miroir.

3° La trop longue durée de l'examen, la présence de la salive, la fatigue interviennent pour produire des réflexes.

4° Le miroir n'est pas introduit assez loin.

5° Il n'est pas dirigé convenablement. Pour tout ce qui a trait à la laryngoscopie nous trouvons le même luxe de détails quant à l'image laryngoscopique normale, aux difficultés que l'opérateur rencontre par suite de son insuffisance, de la forme de l'épiglotte, etc.

L'auteur recommande chaudement lorsqu'on a affaire à une épiglotte procidente l'usage de la pince de Cyril Hersford. Cet instrument permet de passer facilement à travers l'épiglotte un fil grâce auquel on peut relever l'obstacle à la vision. Chez les jeunes enfants la laryngoscopie indirecte d'ordinaire impossible peut être essayée ainsi. L'enfant étant placé sur les genoux d'un aide dans la position que chacun connaît : les jambes entre celles de l'infirmier, les bras maintenus le long du corps par un bras qui s'enroule autour de lui, tandis que l'autre fixe la tête, l'opérateur introduit un abaisse langue à extrémité recourbée, simultanément il porte un miroir dans le pharynx.

L'auteur décrit brièvement la broncho-œsophagoscopie. Il donne la préférence à l'appareil de Brünings.

Tout le chapitre relatif aux méthodes de traitement médical est minutieusement décrit. Il faut lire tout ce qui a trait à l'intoxication par la cocaïne, les différentes formes revêtues par l'empoisonnement, le traitement qu'on doit y opposer (situation horizontale, grand air, réchauffement des extrémités, inhalations de nitrite d'amyle, administration par la bouche de trinitrine et de chloral. L'auteur pense que la novocaïne est destinée à remplacer la cocaïne. Moins toxique que cette dernière substance, les solutions se conservent et se stérilisent rapidement.

Les symptômes généraux des maladies du nez sont groupés sous 6 chefs :

1° Symptômes dans les voies respiratoires produits par insuffisance de la respiration nasale.

Actions réflexes.

Infections descendantes des voies respiratoires.

2° Troubles digestifs dérivant de :

La respiration buccale.

La déglutition de matières septiques.

3° Troubles généraux, troubles de développement produits par :

L'insuffisance de la respiration entraînant une hématoze défec-
tueuse.

Efforts inspiratoires trop considérables entraînant dans l'enfance, déformations thoraciques et vertébrales.

Intoxication chronique.

4° Affections cérébrales consécutives aux relations vasculaires entre le nez et le cerveau.

Aux relations du voisinage entre les fosses nasales et les sinus.

5° Affections des yeux et des oreilles.

6° Affections externes du nez, congestion, acné rosacée, érysipèle, etc.

Parmi les méfaits si connus de l'obstruction nasale, il en faut retenir quelques-uns moins connus, les malformations dentaires, la tendance aux caries dentaires, etc.

Dans le traitement des fractures du nez, l'emploi de la pince d'Adams pour redresser la cloison nous paraît utile. Elle est essentiellement composée de mors plats se continuant du côté du manche par une partie convexe à l'extérieur si bien que le squelette de la cloison étant saisie avec elle, les parties molles de la sous-cloison ne sont pas touchées. Pour la confection des appareils de prothèse externe, l'auteur recommande la platine, l'aluminium, il paraît ignorer l'usage de la gutta-percha si supérieure à toute autre matière.

L'étiologie des perforations de la cloison est intéressante.

D'origine syphilitique quand elle atteint le septum osseux, la perforation ne reconnaît pas forcément la même cause si elle siège uniquement sur le cartilage. Dans ce cas elle peut être imputée à l'inspiration de poussières, à l'action caustique de l'acide chromique, de l'arséniate de cuivre chez ceux qui manipulent ces substances. Les sels d'arsenic produiraient d'après Brown des perforations chez 61 % de ceux qui sont affectés à leur fabrication.

Comme la plupart des auteurs, l'auteur rejette dans le traitement des difformités de la cloison les opérations de Asch, de Moure pour peu que les difformités soient compliquées.

Il rejette ces opérations parce qu'inefficaces, parce que les suites opératoires sont pénibles et fatigantes. La résection sous-muqueuse a toutes ses préférences.

La technique en est trop connue pour que nous insistions. l'auteur rejette l'injection sous-muqueuse de cocaïne pour anesthésier, à la fin de l'opération il pratique la suture des lambeaux.

L'opération de Killian comporte des contre-indications :

1° Il faut éviter d'opérer les gens âgés et les jeunes enfants.

2° Toute affection chronique ou aiguë des fosses nasales doit la faire rejeter.

(Syphilis et voie d'évolution, lupus, rhinite aiguë.)

Pour avoir transgressé ces règles sont survenus, des cas de septicémie avec thrombose des sinus et mort (Harold-Hays).

Le chapitre des troubles qui peuvent être mis sur le compte de réflexes à point de départ nasal est encore très obscur, et les notions que nous possédons sont encore à coordonner.

Ces troubles existent sûrement et c'est ainsi qu'entre la pituitaire et l'appareil génital il y a échange d'actions réflexes. Le saignement du nez est fréquent à la puberté (Joal). Trousseau avait déjà noté que l'odeur fétide de l'ozène s'accroissait à la puberté, d'autres auteurs ont noté sa disparition durant la grossesse. Des troubles génitaux peuvent avoir des retentissements nasaux et laryngés.

Semon a signalé le fait curieux d'opérations nasales paraissant être le point de départ de goitre exophtalmique, le même auteur a vu l'ablation incomplète de polypes suivie d'accès d'asthme. Comme le dit avec raison l'auteur il ne faut faire le diagnostic d'action réflexe qu'à bon escient.

L'anesthésie cocaïnique appliquée à la zone d'où part l'irritation doit supprimer les troubles. Un traitement de la même zone doit amener la guérison.

La pathogénie de la fièvre des foins est encore très obscure, quelques facteurs paraissent indispensables à son évolution : 1° Idiosyncrasie ; 2° Irritabilité particulière de la muqueuse nasale ; 3° Agent irritant venant agir sur elle. Il faut bannir du traitement l'usage de la cocaïne et de l'adrénaline. Localement des pointes de feu légères sur la zone irritable, l'inhalation de menthol, de camphre apporte quelque soulagement. La pollantine de Dunbar est très diversement appréciée.

L'application locale n'est suivie d'aucun effet (Mackensie), elle est suivie d'éternuements (Knight), de guérisons dans 60 % des cas, d'améliorations dans 30 % des cas (Lübbert). Le traitement général ne doit pas être employé, il doit être tonique s'il y a lieu. L'emploi de l'antipyrine, des bromures, de la phénacétine et surtout de l'extrait de belladone sont susceptibles de remédier aux effets généraux de l'affection. Les relations de l'asthme et du nez (l'asthme rénal et cardiaque étant laissés de côté) paraissent étroites.

Les expériences de laboratoire, la clinique le démontrent. Sous l'influence de courants électriques faibles appliqués à la pituitaire, Lazarus a vu se produire une augmentation de pression intra-bronchique, Brodie et Dixon du spasme de la couche musculaire des bronchioles après l'application d'irritants sur la muqueuse du septum, Bosworth affirme que dans la majorité, sinon dans tous les cas, l'asthme dépend de quelque lésion obstructive de la cavité nasale. Greville Mac Donald estime d'un bon pronostic chez un asthmatique la présence d'un cornet inférieur hypertrophié. Francis va plus loin, Les statistiques interprétés par Mac Donald montrent que quel que soit l'état du nez libre ou obstrué, avec une muqueuse saine ou malade la grande majorité des asthmatiques sont guéris par la cautérisation de la partie supérieure du cartilage triangulaire.

Sans se prononcer sur le fond, Saint-Clair-Thomson est d'avis et tout le monde partagera son opinion qu'au cas où le stylet décèle une zone hyperesthésique, ou que l'application de cocaïne calme ou abolit l'attaque d'asthme, la destruction de ces zones est autorisée.

Tout ce qui a trait à l'importante question de la suppuration des sinus a reçu le développement qu'elle méritait. Un bref chapitre d'anatomie rappelle ce qu'il est nécessaire de savoir pour l'intelligence de la pathologie. L'infection des sinus peut être primitive ou secondaire à une affection nasale. Les maladies aiguës qui donnent lieu le plus souvent à une complication sinusale sont : l'influenza, la pneumonie, la rougeole, la scarlatine, la petite vérole, la diphthérie, l'érysipèle, la méningite cérébro-spinale.

Toutes les affections nasales avec production de pus peuvent s'étendre aux sinus, les cavités peuvent s'infecter à la suite de douches nasales, de tamponnement, de la présence de mouches, de larves, de plongeurs les pieds les premiers, de traumatismes sur la région fronto-ethmoïdale. Le voisinage des dents explique pourquoi 33 % des sinusites maxillaires sont le résultat d'infections dentaires. Les sinusites aiguës peuvent être légères, un peu de douleur et elles disparaissent, elles peuvent être extrêmement graves, si elles reviennent par exemple au cours de sinusites chroniques et donner lieu à un ensemble clinique un peu déroutant pour quiconque n'est pas au courant. L'examen rhinologique décèle du pus dans le méat moyen s'il s'agit du groupe de sinus (maxillaire, frontal, cellules ethmoïdales antérieures) dont les orifices débouchent à ce niveau dans le cavum, dans la fente olfactive sur la queue du deuxième cornet si les cellules ethmoïdales postérieures, si le sinus sphénoïdal sont touchés. La translumination du sinus frontal, du sinus maxillaire décèle de l'opacité.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé, si le malade est examiné dans son lit le pus peut descendre directement dans le pharynx, un lavage a pu le balayer. Le pronostic est généralement bon, traitées en temps opportun les deux tiers des sinusites chroniques auraient guéri. S'il s'agit de sinusites chroniques réchauffées le pronostic est différent. La nature des organismes infectieux ne donne aucune indication

(Avellis). Le traitement se propose deux buts : 1^o l'évacuation du pus ; 2^o l'atténuation de la douleur. Des pulvérisations de cocaïne, des inhalations mentholées réussissent généralement. Si le traitement médical échoue, si l'inflammation se traduit par du gonflement des téguments, de la cellulite il faut intervenir.

Sous peine de produire des désastres il faut être sobre au point de vue opératoire, se limiter à l'ouverture du sinus incriminé. Un radiogramme fait au préalable indique les dimensions du sinus frontal.

Les sinusites maxillaires aiguës guérissent généralement avec des ponctions suivies de lavages.

Les symptômes communs à tous les empyèmes se manifestent :

- 1^o Dans les régions voisines, yeux, oreilles, pharynx, tête et face ;
- 2^o A distance, par des troubles digestifs ;

3^o Par des phénomènes généraux, prostration, amaigrissement, fièvre. Livrées à elles-mêmes les sinusites chroniques ont peu de tendance à la guérison spontanée, le traitement est avant tout chirurgical. Saint-Clair-Thomson a essayé sans succès de la vaccinothérapie qui entre les mains de Goadby aurait donné quelques succès.

Les symptômes de l'empyème maxillaire ne diffèrent pas de ceux que nous avons déjà énumérés. Si la quantité de pus est minime, les phénomènes objectifs se réduisent à peu de chose, les phénomènes subjectifs, cacosmie, névralgie faciale, maux de tête, etc., doivent éveiller l'attention. L'examen décèle généralement du pus dans le méat moyen, s'il est peu abondant, l'inclinaison de la tête en avant et sur le côté sain le fait apparaître. L'épreuve de la translumination a de la valeur, mais il faut savoir qu'en l'absence de pus les épreuves peuvent être positives à cause de la petite taille ou de l'absence de sinus ; 2^o épaisseur anormale des parois osseuses ; 3^o épaississement des tissus subsistant après la guérison ; 4^o présence d'une tumeur. Inversement les épreuves peuvent être négatives bien que le sinus soit malade : 1^o à cause de la minceur des parois osseuses ; 2^o parce que le sinus peut être vide au moment de l'examen. La ponction suivie de lavage pratiquée soit par le trajet d'une fistule dentaire, soit par le méat inférieur décèle la présence du pus s'il en existe.

Le traitement des suppurations sinusales au début se borne :

- 1^o Aux soins dentaires ;
- 2^o Inhalations et traitement général.

Si ces soins ne suffisent pas, il faudra pratiquer des lavages du sinus en passant à travers la paroi externe au niveau du plancher ; la voie de l'ostium maxillaire est dangereuse et doit être abandonnée.

S'il existe une fistule dentaire et qu'elle permet le passage d'une canule, il faudra pratiquer des lavages par cette voie. Si enfin la suppuration résiste à ces procédés thérapeutiques, il reste indiqué de drainer le sinus en pratiquant une ouverture dans la paroi externe des fosses nasales ; ultérieurement, si cette intervention ne suffit pas, il faudra pratiquer le Caldwell-Luc. Dans la majorité des cas, les symptômes subjectifs des sinusites frontales sont ceux de n'im-

porte quelle suppuration sinusale. Quelquefois on note un sentiment d'oppression, un mal de tête constant dans la région affectée, mais ces symptômes manquent souvent, les phénomènes objectifs ont plus de valeur. La rhinoscopie décèle-t-elle du pus dans le méat moyen, la translumination, les ponctions du sinus maxillaire permettent de savoir laquelle des deux cavités est malade. Le cathétérisme du canal naso-frontal, après résection de la tête du cornet moyen, peut être essayé au début du traitement. Il doit être pratiqué avec la plus grande douceur en ayant soin de diriger la canule en haut, en avant et en dehors. Malheureusement, le cathétérisme ne réussit que dans la moitié des cas; de plus, son efficacité ne paraît pas certaine. Ces échecs tiennent à ce que les lésions sont généralement très avancées et étendues aux cellules ethmoïdales antérieures. Saint-Clair Thomson pense, et nous nous rangeons tout à fait à son opinion, que les traitements opératoires par les voies naturelles sont dangereux. Il ne cite que le procédé de Schaefer, mais ses paroles peuvent s'appliquer à tous les autres, y compris le dernier en date, celui de Vacher.

Le procédé de Killian, et nul n'y contredira, a toutes les sympathies de l'auteur. Sont justiciables de cette technique : 1° Les cas non guéris par d'autres méthodes; 2° Ceux où il existait fistule, abcès, présomption de nécrose; 3° Des signes de complications cérébrales; 4° Lorsqu'au cours d'une sinusite chronique apparaissent de la fièvre, de la douleur, avec suppuration fétide; 5° Douleur de tête persistante, particulièrement lorsqu'il existe simultanément une sensation pénible dans la région oculaire; 6° Lorsque la suppuration reste fétide malgré les irrigations répétées; 7° Lorsque les polypes du méat moyen se reproduisent rapidement après ablation; 8° Lorsque l'écoulement purulent n'étant pas soulagé par un soigneux traitement intra-nasal, le malade désire une guérison complète. De la technique il y a peu de chose à dire, elle est connue de chacun. Killian, autrefois, pratiquait la suture immédiate; actuellement, il ne suture que vers le 2^e ou 3^e jour : 1° Toutes les fois que les antécédents ou l'aspect de la muqueuse dénotent une poussée récente; 2° Si le malade a de l'érysipèle; 3° Si le pus a une odeur très fétide; 4° Si le diploé paraît envahi.

Les résultats de l'opération de Killian sont excellents, la guérison survient généralement dans la quinzaine qui suit l'opération. L'opération de Killian n'est pas exempte de dangers. Des complications cérébrales, abcès du cerveau, méningite, ostéomyélite peuvent survenir. Le plus souvent, il s'agit d'accidents latents auxquels l'intervention donne une évolution aiguë ou bien d'opérations incomplètes. Depuis le livre de Saint-Clair Thomson, a paru l'excellent rapport de Sieur et Rouvillois sur cette question, et nous y renvoyons le lecteur.

Des opérations d'Ogston-Luc, de Kühnt, l'auteur dit peu de chose, hormis qu'elles doivent désormais céder la place au Killian.

Les symptômes de la suppuration sphénoïdale sont généralement de trois ordres :

1° Céphalée diffuse ou à siège profond ;

2° Suppuration nasale. Elle peut passer inaperçue, le pus coule en arrière. Quelquefois l'examen le plus approfondi ne décèle rien, probablement parce que des décharges purulentes sont intermittentes. En général, la suppuration nasale ou rétro-nasale est aperçue;

3° Phénomènes oculaires. Parmi eux, notons la photophobie, le blépharospasme, le scotome passager. Les plus graves sont la névrite rétro-bulbaire avec cécité complète, la thrombose du sinus.

Le cathétérisme de l'ostium sphénoïdal aidé de lavages, est un excellent moyen diagnostique et un bon mode de traitement. Il n'est applicable que dans 40 % des cas sans ablation du cornet moyen.

Si les lavages échouent, l'agrandissement de l'ouverture de l'ostium sphénoïdal est nécessaire; s'il existe des lésions ethmoïdales, il faudra abraser les cellules malades; quelquefois il faudra en venir au Killian à cause de l'étendue des lésions. Le mucocèle est une affection caractérisée par la présence d'un liquide muqueux dans un sinus. Plus fréquent dans le sinus frontal et ethmoïdal que dans le sinus maxillaire, le mucocèle paraît être un kyste qui se développe dans la muqueuse. Ce kyste prend un tel développement, qu'il remplit la cavité sinusale.

Un gonflement dans la région orbitaire est généralement le premier signe qui attire l'attention. Ce gonflement est souvent tel que l'œil est déplacé par la tumeur et que la vision est diminuée. Il n'existe ni douleur spontanée, ni douleur à la pression, à moins que le mucocèle ne s'infecte. À la palpation, on peut sentir de la fluctuation, quelquefois des craquements semblables à ceux que l'on perçoit en cassant une coquille d'œuf. L'examen rhinoscopique est quelquefois négatif; parfois il décèle une tuméfaction dans le méat moyen. Le traitement est assez simple: la destruction de cellules ethmoïdales par les voies naturelles suffit même; quelquefois il faut pratiquer, en cas d'échec, l'opération d'Ogston-Luc.

À propos des végétations adénoïdes, Saint-Clair Thomson fait remarquer avec raison que Santorini, en 1724, avait décrit l'amygdale pharyngée. Meyer, Semon ont montré que bien des bustes de la Renaissance, de l'antiquité présentaient des déformations typiques.

Hippocrate avait remarqué que les écoulements d'oreilles étaient plus fréquents chez les individus à voûte palatine ogivale.

Les symptômes des végétations adénoïdes sont ceux de l'obstruction nasale. Nous n'y reviendrons pas.

Le diagnostic ne souffre généralement pas de difficulté, tant sont nombreux les symptômes objectifs et subjectifs. Il faut savoir que le faciès adénoïdien peut se rencontrer ailleurs que chez des adénoïdiens, chez les achondroplasiques et chez les idiots à type mongol.

L'ablation des végétations adénoïdes est le seul traitement qui convienne. Pratiquée à froid après désinfection du naso-pharynx dans les jours qui précèdent, cette opération donne d'excellents résultats. Saint-Clair Thomson anesthésie ses malades soit au chloroforme, soit au mélange chloroforme-éther.

L'usage de ces substances nous paraît inutile, l'anesthésie au

chlorure d'éthyle nous a toujours paru suffisante. Les accidents consécutifs à l'adénectomie sont assez nombreux. En l'absence de toute anesthésie, Mygind a vu se produire au cours de l'opération, chez des enfants jeunes ou rachitiques, du collapsus.

La blessure du voile du palais, du vomer, de la trompe d'Eustache, des hémorragies, etc., ont été notées. Saint-Clair Thomson a accordé à la description de polypes naso-pharyngiens toute la place que cette importante question mérite. Il n'oublie pas de mentionner les travaux de Jacques sur le siège d'origine de ces tumeurs; de la symptomatologie nous ne dirons rien. Saint-Clair Thomson ne parle des traitements par l'électrolyse, etc., que pour les condamner; seul le traitement chirurgical mérite d'être pris en considération. Comme temps préliminaires, la position de Rose ou de Treudelenbourg est universellement adoptée, une laryngotomie intercricothyroïdienne provisoire pour l'administration du chloroforme permet le tamponnement du pharynx en cas d'hémorragie.

L'ablation de la tumeur par les voies naturelles est supérieure à tout autre procédé au point de vue bénignité. D'une statistique de Bryson Delavan, il ressort que les autres méthodes entraînent une mortalité immédiate de 25, 9 %. L'ablation du polype par les voies naturelles se fait d'ordinaire par la bouche avec la pince de Doyen après que les adhérences que la tumeur a contractées avec les régions voisines ont été détruites, que le pédicule a été ruginé. Gordon King sectionne le pédicule avec de longs ciseaux introduits par les narines.

D'autres auteurs procèdent différemment, Fitz Gerald, Powell, Butlin, Tilley fendent le voile du palais sur la ligne médiane. Brady pratique l'opération de Moure.

Quel que soit le procédé employé l'essentiel est d'aller vite, l'hémorragie s'arrêtant généralement après section du pédicule.

Il faut lire les chapitres qui traitent du catarrhe naso-pharyngien, de la pathologie amygdalienne, des raisons qui commandent l'ablation des amygdales. Saint-Clair Thomson recommande l'usage de la guillotine dans la plupart des cas où il est indiqué de faire cette ablation. Voici sa technique: Tandis que l'organe est engagé dans un des anneaux de la guillotine une pince, le conchotome d'Hartmann tiré en dedans l'amygdale, l'énuclée pour ainsi dire de sa loge; à ce moment l'opérateur sectionne. Saint-Clair Thomson juge inutile la libération des piliers dans le cas d'adhérences. Il ne réserve l'usage de pinces à morcellement que pour les amygdales petites et étalées. Il estime et nous souscrivons pleinement à cette façon de voir que les autres procédés, ablation au serre-nœud ne présentent aucun avantage. En cas d'hémorragie Saint-Clair Thomson fait de la compression temporaire et en cas d'échec procède à la ligature des piliers.

Une curieuse affection, c'est la kératose pharyngée. On voit sur l'amygdale généralement de petites saillies recourbées en forme de faux, blanche ou grise, d'autres fois on voit de petites plaques semblables à des fausses membranes de diphthérie. La muqueuse qui

entoure ces néoproductions est saine, si on essaye de les enlever, on s'aperçoit que leur base est très adhérente, si on l'arrache il subsiste une petite surface saignante.

Au point de vue microscopique, ces masses sont composées essentiellement de cellules épithéliales cornifiées.

L'origine de cette affection est inconnue, tout ce qu'on sait d'elle c'est qu'elle survient surtout chez les gens déprimés. Le traitement consiste à détruire les petites saillies avec du chlorure de zinc de l'acide salicylique et en cas d'échec de ces substances, la destruction se fait au galvano-cautère.

Les pharyngites sont parmi les affections les plus banales que le spécialiste est appelé à soigner. Rien n'est souvent plus fastidieux, plus difficile. Il importe de vérifier tout d'abord si cette pharyngite n'est pas sous la dépendance de lésions d'organes voisins ou éloignés. L'usage du tabac, de l'alcool sera proscrit, de même celui de la morphine, de la cocaïne. Tous les matins le malade fera de grands lavages de la gorge avec une solution alcaline aussi chaude que possible.

Une fois ou deux par semaine des badigeonnages de la gorge peuvent être faits avec une solution de nitrate à 2 ou 5 $\frac{0}{0}$, de protargol à 2 ou 4 $\frac{0}{0}$, d'argyrol à 25 $\frac{0}{0}$.

L'envoi du malade à une station minérale procure souvent de l'amélioration, les pléthoriques, les gouteux seront envoyés à Vichy, Vittel, les rhumatisants à Aix-les-Bains. Si le malade n'a qu'une pharyngite catarrhale, il est justiciable d'un traitement à Cauterets, s'il est anémique, une saison à la Bourboule ou au Mont-Dore le fortifiera.

(A suivre.)

R. HOULIÉ (de Paris).

II. — Pathologie, anatomie et physiologie de l'amygdale pharyngée, par FRANCISCO MALTESE, de Turin. Chez C. Pavesio, via S. Massimo, 32, Turin, 1911.

Bien que la connaissance des végétations adénoïdes soit de date relativement récente, on peut trouver dans l'œuvre de nos prédécesseurs et cela depuis l'origine de la médecine, des descriptions cliniques qui se rapprochent de celles que nous donnons actuellement de façon si précise. Hippocrate lui-même décrit un syndrome morbide que nous rencontrons assez souvent chez nos adénoïdiens. Bien plus tard d'Aubigné nous trace le portrait de François I^{er} dans lequel on peut reconnaître les symptômes essentiels des végétations adénoïdes. Itard, Dupuytren, Toynbee, Kolliker, Czermak, Voltolini, Læwenberg, v. Tröltzsch, et bien d'autres décrivent les symptômes auriculaires, nasaux, respiratoires, où l'on sent nettement l'influence de la végétation et l'on arrive ainsi jusqu'en 1873 où Wilhelm Meyer de Copenhague nous en donne une description tellement nette et profondément étudiée que bien peu de choses depuis ont été ajoutées à la pathologie de cette amygdale. L'on sait quel essor vigoureux a pris ce chapitre de nosographie et il semblait difficile de publier sur ce point un travail qui retînt l'attention du lecteur. Cependant Maltese par la bonne ordonnance de son travail,

la mise au point parfaite et complète de ce sujet a publié un ouvrage que l'on consultera avec fruit et intérêt.

Le chapitre premier a trait à l'anatomie normale de l'amygdale pharyngée. Elle apparaît chez l'homme dans les derniers mois de la vie fœtale et atteint son développement maximum dans les premiers mois après la naissance et tend à la régression après la puberté. Elle fait partie du grand anneau lymphatique du pharynx de Waldeyer.

C'est un amas de substance lymphoïde de forme et de grandeur variables selon l'âge et selon le sujet. De couleur rose pâle, molle, elle occupe le tiers postérieur de la voûte pharyngée, de 0 à 1 an, puis elle se développe en avant vers la choane, et en arrière vers le tubercule pharyngé et latéralement vers le pavillon tubaire et la fossette de Rosenmüller. Sa surface est hérissée souvent de crêtes délimitant des sillons, qui ultérieurement, peuvent se transformer en une cavité (pseudo-bourse pharyngée).

La structure normale est à peu de choses près celle des autres amygdales et des glandes lymphoïdes. Quatre états constituent l'amygdale pharyngée : 1° l'épithélium ; 2° la membrane limitante ; 3° la substance propre ; 4° la sous-muqueuse ; puis vient la couche dense de tissu connectif intermédiaire au fibrocartilage basilaire.

La bourse pharyngée serait d'après Gradenigo : 1° une bourse pharyngée vraie, cavité embryonnaire distincte ; 2° un récessus pharyngé moyen, sorte de dépression qui n'atteint jamais le tissu fibreux maxillaire ; 3° la pseudo-bourse ou de Luschka, cavité qui se forme au-dessus du sillon médian de l'amygdale pharyngée par l'adhérence des fibres plus ou moins étendues de ses parois.

Les vaisseaux et nerfs sont nombreux. Les artères viennent de la pharyngée ascendante, de la palatine ascendante et de l'artère iridienne.

Très riche est le système des canaux lymphatiques.

Obscures et incertaines sont nos connaissances sur la physiologie de l'amygdale pharyngée et tout ce que l'on sait sur le fonctionnement et le rôle des amygdales palatines peut s'appliquer à cet organe. L'on peut en l'état actuel de la science considérer tout l'anneau de Waldeyer, comme un appareil de défense contre les infections qui, par voie pharyngée, tendent à envahir l'organisme. Un tel appareil de protection semble logiquement indispensable, dans le rhinopharynx, où, à cause de la rétention facile des sécrétions vivent de nombreux germes pathogènes et saprophytes, transportés par la poussière atmosphérique dans l'air d'inspiration, insuffisamment purifié pendant leur passage dans le nez.

Comment examine-t-on l'amygdale pharyngée ? a) Par rhinoscopie antérieure, à travers un spéculum nasal, quand la voie d'accès est assez large, avec ou sans l'assistance de cocaïne-adréaline, moyen infidèle qui cependant renseigne sur un état concomitant possible du nez ; b) Par rhinoscopie postérieure : c'est la manœuvre de choix pour bien examiner, dans la généralité des cas, la voûte du pharynx. Il faut en exclure les tout petits enfants, les malades à réflexes du pharynx, les rétrécis du pharynx, etc. Le pharyngoscope de Hays

est un instrument qui facilite cet examen dans certains cas, mais rien ne vaut une main bien exercée et une volonté patiente de l'opérateur et du malade ; c) Par autoscopie et pharyngoscopie supérieure directe, méthode abandonnée, réservée seulement à quelques cas rares ; d) Par palpation médiate et immédiate : exploration digitale et chez les tout petits, emploi d'une sonde ou d'un stylet recourbé qui peut permettre de juger du degré de développement de l'amygdale pharyngée.

Maltese s'étend longuement sur le chapitre de la pathologie de l'amygdale pharyngée.

Les processus inflammatoires aigus, constituant l'adénoïdite ne sont point rares et plus souvent faudrait-il y penser. On peut rencontrer dans l'amygdale pharyngée les trois formes classiques de l'inflammation, c'est-à-dire l'inflammation catarrhale simple, la fibrineuse ou pseudo-membraneuse et l'inflammation phlegmoneuse.

Les diverses affections peuvent évoluer pour leur propre compte selon un mode clinique défini.

Le terme d'adénoïdite des auteurs français exprime mieux la localisation exacte de la phlogose que celui de pharyngo-amygdalite des allemands.

Dans l'étiologie, l'âge est un des principaux facteurs. La constitution (la lymphato-scrofulose des enfants) du sujet, l'hyperplasie elle-même de la végétation favorisent l'inflammation. A ces causes prédisposantes, s'ajoutent les causes occasionnelles : le froid, le coryza, les traumatismes (toucher naso-pharyngien).

La symptomatologie varie selon le degré de gravité. Le décours de la mala lie est celui des amygdalites avec cependant des complications de voisinage dont une, l'otalgie, accompagnée de surdité, doit suffire à elle seule à établir le diagnostic d'adénoïdite. A la rhinoscopie postérieure, on voit une amygdale pharyngée tuméfiée, rouge, recouverte de sécrétion séro-muqueuse qui s'écoule dans le naso-pharynx. Le nez et le pharynx buccal peuvent paraître sains. La céphalée, l'obstruction nasale sont presque constantes. Souvent il y a de la fétidité de l'haleine. Un autre symptôme fréquent est la tuméfaction des ganglions de l'angle de la mâchoire. La fièvre existe presque toujours. Tous ces symptômes peuvent devenir plus violents et des complications auriculaires, ganglionnaires peuvent dominer la scène. Chez l'adulte l'obstruction nasale est le phénomène, qui d'après Moure, est le plus accentué ; l'empâtement de la voix, les bruits d'oreille avec surdité sans otalgie sont aussi des signes très nets. Une autre sorte d'adénoïdite est celle qui se manifeste par des localisations dans les cryptes d'exsudat et de points caséux de couleur grise.

Plus rare est l'adénoïdite phlegmoneuse. Sa terminaison se fait quelquefois par un abcès dont l'ouverture peut se produire en un point éloigné du foyer.

Dans les affections aiguës, on peut encore ranger l'adénoïdite herpétique que l'on rencontre très rarement. Des vésicules herpétiques se développent sur une végétation augmentée de volume et rouge.

Ces vésicules évoluent comme l'amygdalite ordinaire.

Parler des complications de l'adénoïdite aiguë, c'est faire une incursion dans tous les organes qu'un foyer infectieux peut, par voie sanguine, par voie lymphatique ou par simple continuité, intéresser. L'otite moyenne aiguë avec son cortège de douleurs et de complications possibles, les pharyngites, les bronchites, les broncho-pneumonies, l'engorgement des ganglions lymphatiques cervicaux (avec la fusée dite ganglionnaire) sont des manifestations fréquentes de l'adénoïdite.

L'abcès rétro-pharyngien n'est point très rare.

Les travaux récents sur les hôtes habituels du naso-pharynx ont conduit les auteurs à rechercher l'influence de ces microorganismes sur la méningite cérébro-spinale et certes, l'adénoïdite aiguë, en exaltant la virulence des microbes qui pullulent au niveau de la glande enflammée, est une des causes les plus sûres de contagion.

Les toxines sécrétées au niveau du foyer adénoïdien sont transportées dans le torrent sanguin ou lymphatique et occasionnent des néphrites, ostéomyélites, épидidymites, etc.

Simple est le diagnostic si l'on s'en tient aux observations suivantes : a) dans les végétations adénoïdes il n'y a pas de fièvre, alors qu'elle existe dans l'adénoïdite ; b) dans le premier cas les troubles locaux sont anciens, progressifs, dans le second, ils sont buccaux, sans intensité plus prononcée et disparaissent ou diminuent rapidement ; c) l'adénoïdite est de consistance dure, tendue, résistante, tandis que la végétation adénoïde est molle et friable ; d) il n'y a pas dans la végétation adénoïde la réaction inflammatoire ganglionnaire aiguë rétro-maxillaire.

Le pronostic est en général bénin.

Le traitement sera général, local et prophylactique. Faire tout d'abord l'aération humide de la chambre, tenir au lit, alimentation légère, liberté du ventre. Contre la fièvre donner l'aspirine. Localement l'auteur recommande pour déterger les sécrétions les irrigations nasales avec des solutions antiseptiques.

Cette méthode rencontrera peut-être de très rares adeptes en France, en raison du danger que font courir aux oreilles les irrigations nasales.

Le menthol en pommade ou instillation huileuse, les badigeonnages du pharynx avec la solution iodo-iodurée, les insufflations de poudre d'aristol sont les meilleurs moyens de nettoyer la région.

La prophylaxie doit éviter la récédive et pour cela il faudra enlever l'adénoïde.

Une autre forme d'adénoïdite doit attirer notre attention : c'est l'adénoïdite diphthérique primitive. Son diagnostic se base sur trois conditions : 1° la constatation des signes d'adénoïdite ; 2° la présence du bacille de Loeffler ; 3° les symptômes d'intoxication diphthérique. A ce moment il faut agir comme en présence d'une diphthérie ordinaire.

Les processus inflammatoires chroniques peuvent se réduire à deux types : la forme hyperplasique ou végétations adénoïdes et la forme catarrhale chronique ou catarrhe naso-pharyngien des adultes.

Les végétations adénoïdes ne sont pas exclusivement l'apanage de l'enfance, on les rencontre à différents âges de la vie. La description de la maladie est faite par Maltese dans tous ses détails. L'étiologie est complexe, la pathogénie controversée. La flore bactérienne est riche au niveau des follicules lymphoïdes.

La proportion moyenne de la fréquence des végétations adénoïdes est de 10 % environ des enfants examinés.

Elle varie de forme et il est assez difficile d'établir un ou deux types définis. Cependant on doit reconnaître une végétation diffuse et une végétation à hypertrophie vraie, en masse, serrée.

Les symptômes sont trop connus pour y revenir. On peut les condenser en : 1° troubles de la phonation ; 2° troubles de la respiration et dans le domaine de l'appareil respiratoire ; 3° troubles auriculaires ; 4° troubles du développement squelettique ; 5° troubles de la circulation et de la crase sanguine ; 6° troubles de la nutrition générale et de la croissance ; 7° troubles nerveux à caractère nettement réflexe ; 8° autres troubles éloignés.

Le diagnostic s'impose par la constatation de ces symptômes. Le miroir rhinoscopique et les autres méthodes d'examen le confirmeront. Il faut surtout différencier la végétation adénoïde de l'adénoïdite, de l'abcès rétropharyngien, de l'hypertrophie de la queue des cornets, des polypes muqueux rétronasaux, des kystes du nasopharynx, du fibrome nasopharyngien, du sarcome végétant, de l'épithélioma nasopharyngien.

La marche est anormale : en général, il y a régression spontanée vers la puberté, mais il peut y avoir persistance. Le pronostic est grave à cause des altérations secondaires qui peuvent se produire dans les organes voisins.

Tout un grand chapitre était nécessaire pour exposer le traitement de l'hyperplasie adénoïde. Il doit être essentiellement chirurgical. Le traitement médical est impuissant et il retarde le bénéfice que le malade pourrait tirer de l'opération. Il est seul autorisé quand il y a empêchement à l'intervention chirurgicale.

La gravité et la quantité des troubles accusés par le patient, l'opportunité dont le médecin est seul juge doivent guider sur le moment et la nature de l'opération. Elle s'impose : 1° chez les nouveau-nés qui par le fait de l'obstacle nasal ne peuvent têter ; 2° chez les enfants et chez les adolescents quand il existe des troubles graves de la respiration, de l'audition, de la phonation, de la nutrition et de la constitution squelettique et si la végétation cause des troubles secondaires de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx et de l'appareil broncho-pulmonaire ou des troubles nerveux à caractère réflexe ; 3° enfin chez les adultes chez qui persiste du catarrhe nasopharyngien causé par la végétation avec surdité et troubles neurasthéniques.

Les contre-indications sont les maladies dyscrasiques concomitantes ou au début, l'hémophilie, le diabète, la tuberculose pulmonaire. Il faudra différer quelques semaines après une angine aiguë et 4 à 5 mois après une angine diphtérique.

Les méthodes et les instruments proposés pour l'ablation des végétations adénoïdes sont tellement nombreux qu'il faudrait un volume entier pour les décrire.

L'adénoïdectomie classique chez les sujets de la première et de la deuxième enfance se fait avec ou sans anesthésie générale. Les avis sont partagés. D'aucuns affirment qu'elle complique l'acte opératoire, les autres voient dans son emploi un adjuvant précieux pour la bonne marche de l'intervention. En principe chez l'enfant indocile au-dessus de 3 à 4 ans, il faut l'employer. Chez les tout petits, au contraire, faciles à manier, l'anesthésie est inutile, de même chez les adultes où l'on peut employer la cocaïne.

Les anesthésiques communément employés sont le bromure et le chlorure d'éthyle, le protoxyde d'azote, la liqueur somnifère de Zambeletti, l'éther et le chloroforme.

C'est le bromure qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur, mais le chlorure d'éthyle et la liqueur somnifère de Zambeletti en diminuant la phase d'excitation sont aussi à conseiller. La curette à végétations du type le plus courant est celle de Gottstein. Nombreuses ont été les modifications apportées à cet instrument, mais le principe en reste le même. Comme pinces on emploie la pince de Chastellier. La position opératoire est la position assise.

Technique de l'opération : 1° Introduction de la curette ; 2° rotation de l'anneau ; 3° ascension ; 4° raclage. Chez les enfants au-dessous de 2 ans, il vaut mieux opérer avec l'adénotome à panier de Moure ou la pince de Lubet-Barbon.

Chez l'adulte, on peut anesthésier localement à la cocaïne 10 ou 20 %. Ensuite on applique le releveur du voile de Moritz-Schmidt pour opérer sous le contrôle de la vue. On emploie aussi d'autres procédés opératoires, par exemple l'extirpation de la végétation avec les pinces, avec la curette galvano-caustique, avec des instruments automatiques dans le sens de l'amygdalotome de Fahrenstock. Les inconvénients et dangers de l'opération sont assez rares ; ils consistent en lésions du voisinage, accidents asphyxiques, hémorragies, complications infectieuses post-opératoires. Pour prévenir ces accidents, le médecin doit mettre son malade en surveillance et éviter toutes les causes de fatigue, d'infection, etc. Il faudra garder le lit deux jours et la chambre deux jours. Alimentation liquide pendant 24 à 36 heures. Six ou sept jours après, le malade peut reprendre ses occupations habituelles. L'irrigation nasale post-opératoire est nettement contre-indiquée.

L'adénotomie est une des opérations qui donne les plus brillants résultats et d'autant plus réels que l'on aura opéré plus précocement.

La récurrence est en général le fait d'une opération incomplète ou d'une hyperplasie consécutive des résidus d'adénoïde échappée à la curette.

L'amygdale pharyngée peut être le siège d'affections spécifiques. Pilliet et Lermoyez ont établi la présence de cellules géantes de nature tuberculeuse dans quelques amygdales pharyngées hyperplasiées. L'infection tuberculeuse peut être primitive ou secondaire.

La première au point de vue clinique est celle qui existe dans la végétation d'un individu bien portant, sans aucune autre lésion concomitante d'origine bacillaire, cliniquement démontrable. C'est l'examen microscopique qui peut faire trouver des altérations spécifiques (cellules géantes, tubercules, bacilles de Koch) dans le tissu adénoïde, d'où le nom de tuberculose larvée. La voie d'infection se ferait, soit par pénétration directe du bacille dans une amygdale déjà hypertrophiée. Dieulafoy est d'avis que l'infection se fait par l'air et les aliments. C'est par les injectons de tuberculine, l'examen histologique, la recherche du bacille de Koch dans les tissus et l'inoculation à des animaux de fragments d'amygdale enlevée qu'on peut établir le diagnostic. Le pronostic est variable selon que le foyer bacillaire se développe, disparaît spontanément par résorption ou s'ulcère ; dans ce cas les lésions de voisinage sont à craindre. La forme secondaire apparaît chez des porteurs de lésions tuberculeuses d'autres parties du corps. Le diagnostic en est délicat à cause de la similitude avec d'autres affections néoplasiques ou même avec la simple végétation adénoïde.

La syphilis peut être aussi rencontrée sur les végétations adénoïdes. Le syphilome initial n'a pas été vu. Les manifestations secondaires donnent lieu à une tuméfaction inflammatoire ou à des plaques muqueuses. Le nasonnement de la voix et l'obstruction respiratoire en sont des symptômes fréquents ainsi que l'écoulement rhino-pharyngien de mucosités tenaces. Les manifestations tertiaires ne sont pas rares : infiltration gommeuse, gomme ulcérée ou hyperplasie simple. Le traitement mercuriel d'épreuve sert de base à un diagnostic solide. Un symptôme de valeur, c'est la céphalée violente dont se plaignent les malades. La sécrétion énorme du naso-pharynx, surtout dans les phases destructives acquiert une valeur diagnostique de premier ordre. A ces troubles morbides, on oppose le traitement classique de la syphilis.

H. MASSIER (de Nice).

III. — Maladies septiques dues à une infection des voies aériennes supérieures ou à une suppuration auriculaire, par KISSLING, de Hambourg. Manuel de chirurgie spéciale des voies aériennes supérieures et de l'oreille, publié par KATZ, PREYSING et BLUMENFELD. Wurtzbourg, 1912, chez Curt Kabitsch.

Les *streptocoques*, d'après la statistique de Lenhartz (Die Septische Erkrankungen. Nothnagel, 1903), entreraient dans 42 % des streptococcies par la voie pharyngée et dans 32 % seulement des cas par la voie cutanée. Pour les *staphylocoques*, le contraire serait vrai et ce seraient surtout les furoncles, les panaris, etc., qui donneraient lieu aux infections staphylococciques des voies aériennes supérieures. Cependant dans un cas, Lenhartz a vu une angine staphylococcique donner entre autres lésions viscérales, de l'endocardite.

Les affections nasales s'accompagnent exceptionnellement, dit l'auteur, de manifestations septicémiques ou pyohémiques.

Les suppurations auriculaires détermineraient un peu plus souvent ces deux sortes d'infection.

Si le pharynx est la voie habituelle de ces septicémies et pyohémies d'origine interne, c'est qu'il serait souvent atteint de légères éraillures qui conduisent le microbe dans l'intérieur des tissus¹.

Il ne faut pas oublier non plus, reprend Kiessling, que la diapédèse active des globules blancs au niveau des amygdales laisse libre des trajets qu'utilisent les germes pathogènes. En somme, le mécanisme de ces infections pyogènes est assez complexe. Il faut : 1° que des microbes se trouvent au moment du traumatisme dans la cavité de l'organe, 2° qu'ils aient atteint un certain degré de virulence, 3° qu'ils rencontrent une solution de continuité ou qu'ils aient du moins affaire à des tissus en état de moindre résistance, soit par un trouble général de toute l'économie, soit par un trouble local. Il est possible, vraisemblable même, que l'infection sanguine par ces germes pyogènes a lieu bien plus souvent qu'on le suppose, le patient et son entourage ne se préoccupant que des formes vraiment graves de celle-ci. Or, si on tient compte de la prostration, des douleurs erratiques très pénibles dans les os et les articulations, de la tuméfaction de la rate qu'on rencontre dans beaucoup d'angines, ceci viendrait formellement appuyer la précédente hypothèse. Si l'on pratiquait plus souvent l'examen bactériologique du sang, on arriverait probablement à des conclusions importantes à ce point de vue. Notre optimisme actuel ne repose que sur ce fait que les germes pathogènes sont rapidement annihilés ainsi que leurs poisons par les antiseptiques, les antitoxines et les bactériolysines que sait produire à temps notre organisme. Notre confiance n'est démentie que quand les bactéries en question ont acquis un certain degré de virulence. L'intensité de celle-ci est donc le facteur essentiel. Le passage des streptocoques dans les vaisseaux sanguins a été démontré au niveau des tonsilles par les préparations histologiques de Jochmann (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, LXXVIII, 3 et 4), de Simmonds (*Virchow's Arch.*, CLXXV, 1904) et de Menzer (*Berl. klin. Woch.*, 1902, nos 1 et 2). Il peut y avoir aussi pénétration par les voies lymphatiques, mais moins souvent. D'autres fois, il y a phlébite, formation d'un thrombus qui envahi par les microbes se ramollit et donne lieu à des embolies septiques². Il est probable que chacune de celles-ci donne lieu aux frissons que l'on connaît bien dans ces sortes de maladies.

Pour fixer le pronostic, il faudrait tenir compte non seulement de l'intensité des symptômes, de leur allure, des complications viscérales, mais encore du nombre des bactéries qui se retrouvent dans le sang et de l'exacte virulence de ceux-ci.

Kiessling donne d'une façon très détaillée et très technique les

1. C'est là une opinion que nous défendons depuis très longtemps. Nous avons montré dans notre Pathologie comparée des maladies du pharynx que chez le chien et le chat à pharynx très protégé par les vastes dimensions du voile, les traumatismes étaient l'origine de la plupart des phlegmasies de l'organe.

2. En effet, les microbes pyogènes n'offrent pas tous la même gravité, le streptocoque semblant être le plus redoutable.

moyens d'explorer bactériologiquement les voies aériennes supérieures et l'oreille. Il recommande de recueillir les microbes avec de petits tampons de coton hydrophyle stérilisé montés sur des bâtonnets. On n'appuiera que légèrement pour amener une imbibition suffisante de la ouate qu'on met ensuite dans une cuvette ou un flacon bien stérilisé pour s'en servir ultérieurement. On fera des cultures sur des surfaces plates et non dans des tubes, parce que en agissant ainsi on dissémine les germes sur un plus vaste espace, ce qui permet mieux l'isolement et la détermination des colonies microbiennes. En général, l'agar glycérimé suffit comme milieu nutritif; ce n'est que dans les cas de diphtérie qu'on aura besoin de changer celui-ci et de recourir au sérum de sang de mouton coagulé. S'il y a du pus, on se servira du stylet en platine et on en déposera une goutte sur le milieu nutritif.

Si l'on veut procéder à un examen bactériologique du sang, on pique un petit vaisseau du bras après désinfection préalable de la peau à l'éther et frictions énergiques avec la ouate stérilisée. On introduit ainsi dans une petite veine l'aiguille en platine bien stérilisée d'une seringue de Luer en verre bien stérilisé aussi. Le sang y monte par sa propre pression. On recueille ainsi 20 centimètres cubes de sang, puis on enlève l'aiguille et on recouvre la petite plaie d'un emplâtre protecteur antiseptique à l'oxyde de zinc; on met le sang dans une série de petits flacons bien stérilisés, on l'agite, on le défibrine, puis on sème dans des tubes contenant de l'agar-agar glycérimé fluidifié à 45 degrés. On met dans chaque milieu nutritif de 1 à 2 centimètres cubes de sang en usant de l'asepsie la plus rigoureuse; on verse dans des capsules de Petri, puis on met à l'étuve en maintenant la température à 37°; on les examine tous les jours et on les maintient pendant 3 jours à l'étuve pour permettre à toutes les colonies microbiennes de se développer. Parfois, et cela arrive surtout dans les cas d'otite moyenne suppurée, on peut avoir affaire à des microbes anaérobies. Dans ces cas, on suivra le procédé indiqué par Schottmüller (*Munch. med. Woch.*, 1911), c'est-à-dire qu'on mettra plusieurs centimètres cubes de sang dans un tube de 24 centimètres de long sur 4 à 5 de large renfermant une couche de 10 centimètres de hauteur d'une solution à 2 % d'agar-agar au sucre de raisin préalablement fluidifié et auquel on mêle le sang à 40° environ de température.

Les microbes seront colorés avec la solution de bleu de méthyle de Lœfler (30 centimètres cubes d'une solution alcoolique de bleu de méthyle concentrée, 100 ctm. d'une lessive de potasse à 1 pour 10.000 et 5 % d'une solution phéniquée de fuchsine (Ziehl, réactif colorant qui a l'avantage d'une conservation indéfinie. Quant aux bacilles diphtériques, on se servira de la méthode bien connue usitée en pareille circonstance. Avec le bleu de méthyle de Lœfler, on colore en 3 ou 5 minutes à froid. A chaud, il suffit d'une demi-minute.

L'auteur indique ensuite les particularités propres aux colonies de chaque variété de microbe pyogène.

Avec le streptocoque allongé, qui joue le principal rôle dans les septicémies d'origine pharyngée, on a des colonies allongées et assez étroites se partageant souvent en deux. Sur agar-agar glyciné, on observe des colonies délicates, transparentes. Dans le bouillon, il se forme des nébulosités. Dans le sérum sanguin, apparaissent des grumeaux grisâtres arrondis.

Une variété de ce microbe, le streptococcus putridus, a été trouvée par Schottmüller dans le pus de l'otite moyenne et dans les thrombus septiques : c'est un germe nettement anaérobie qui forme une grande quantité d'acide sulfhydrique.

Le staphylocoque pyogène blanc ou noir forme sur agar-agar glyciné des colonies épaisses et jaunâtres.

Le pneumocoque, qu'on recueille surtout dans les fosses nasales et les sinus, est formé d'un microbe lancéolé ou plutôt de deux microbes enveloppés d'une capsule muqueuse. Souvent aussi ils constituent une chaîne de 5 à 6 articles, ce qui les rend difficiles à différencier des streptocoques. Sur agar-agar glyciné, ils donnent de fines colonies grisâtres, sur agar sanguin, ils forment des cultures épaisses d'un gris sombre souvent noirâtre. Ils se développent bien dans le bouillon où ils donnent des nébulosités épaisses.

Le diplocoque intracellulaire de Wechselsbaum (méningocoque) se rencontre presque exclusivement dans le nez et ses sinus. On peut le recueillir aussi dans le sang et dans les thrombus et surtout dans le liquide cérébro-spinal qu'on retire par la ponction lombaire. Son siège intracellulaire est caractéristique. On le colore fort bien avec le bleu de Löffler; il est décoloré par la méthode de Gram. Il se cultive bien dans l'agar-agar au sérum sanguin non séché. Les colonies sont longues à se développer, ne dépassent pas la grosseur d'une tête d'épingle et sont entièrement transparentes. Leur teinte est légèrement violacée. L'auteur rappelle que beaucoup de sujets en apparence sains et qui le resteront, semblent en être porteurs et susceptibles de transférer ces germes à d'autres individus.

Quant au bacille diphtérique, sa forme, son mode de coloration (réactif de Neisser), ses colonies sont trop connues pour qu'il soit besoin d'une mention particulière.

Kiessling insiste ensuite sur les différentes formes cliniques de l'angine, la catarrhale très bénigne, la folliculaire plus violente et plus grave, nettement infectieuse, la septique, etc.

Comme complication viscérale, il y aurait surtout des néphrites qui peuvent être fort graves, du rhumatisme articulaire aigu et des inflammations des grandes séreuses.

Comme forme clinique la plus grave, on doit citer l'angine gangreneuse heureusement exceptionnelle et qui semble produite par le streptocoque associé ou non avec le staphylocoque.

Il faut, en fait de mesure curative, ordonner le repos à la chambre ou même au lit à tout malade semblant avoir une angine ou un rhume de cerveau accompagné de troubles généraux; c'est le meilleur moyen d'empêcher des imprudences et d'ôter aux malades la pos-

sibilité de disséminer leur mal. On ne leur donnera comme alimentation que des liquides, ce qui permet de régler la quantité d'aliments et de les donner sous une forme commode pour la digestion. En cas d'angine, on évite d'ailleurs ainsi d'irriter le gosier malade. On ne combattra la fièvre que quand elle est très élevée, car on ne l'abaisse qu'aux dépens des forces du malade. Les bains seraient contre-indiqués. Quant au traitement de l'angine proprement dite, Kiessling renvoie au chapitre de l'ouvrage consacré à cette affection. S'il y a diphthérie, on recourra au sérum Behring-Roux dont l'écrivain décrit soigneusement le mode d'administration, signalant en même temps les quelques complications qui peuvent survenir (anaphylaxie). Quant aux sérums dits antistreptococciques, l'écrivain ne veut que le sérum recueilli chez des individus ayant été atteints d'affections analogues à celles que l'on veut combattre. Bien que l'expérience clinique que l'on possède sur cette manière de faire soit encore incomplète, théoriquement Kissling croit ce procédé thérapeutique rationnel, mais d'une application bien rare, puisque l'occasion d'en profiter se présente exceptionnellement.

C. CHAUVEAU.

IV. — Méthode d'exploration fonctionnelle de l'oreille (épreuve de l'ouïe et de l'appareil d'équilibration),
par A. SONNTAG et H. I. WOLFF, de Berlin (Brochure de 69 pages avec 49 figures, Karger, édit., Berlin, 1912).

Très nombreuses sont depuis quelque temps les publications ayant pour objet les épreuves fonctionnelles de l'ouïe et surtout de l'équilibration. Les méthodes d'examen de la fonction labyrinthique sont assez complexes, leur interprétation encore difficile pour le praticien qui n'a pas butiné parmi les articles originaux épars dans les diverses littératures médicales.

Une sorte de manuel clair, méthodique et précis, ne sacrifiant aucun détail pratique et restreignant au minimum les théories encore discutables, tel fut le but que se proposèrent d'atteindre les docteurs Sonntag et Wolff; ils y sont parvenus et pour ce n'ont eu qu'à exposer la façon de faire habituelle de la clinique de leur maître G. Brühl.

Deux parties à peu près égales composent cette brochure de 68 pages; la première consacrée à l'examen fonctionnel de l'ouïe est l'œuvre de I. Wolff, la seconde comprenant les fonctions d'équilibre fut rédigée par A. Sonntag.

Les épreuves fonctionnelles de l'audition se font à l'aide de bruits, sons et timbres appropriés et permettant autant que possible une notation précise du résultat obtenu. Tandis que l'épreuve de la voix chuchotée, de préférence, ne nous renseigne guère que sur l'existence d'une surdité, celles de sons déterminés, provoqués suivant des modes spéciaux, permettent jusqu'à un certain point la mesure exacte de la capacité auditive, et, résultat très important, la localisation de la cause de la surdité. Chaque méthode participe pour une part à l'établissement du diagnostic et pour agir plus correctement

il est utile à l'observateur d'avoir successivement recours à la voix, au diapason, au sifflet et au monocorde. L'explication physio-acoustique des épreuves présente de grandes difficultés et peut être actuellement cherchée dans différentes théories, qui ne sont point définitives.

L'oreille externe, pavillon et conduit, ne paraît avoir guère chez l'homme qu'une utilité de protection pour l'oreille moyenne. Les coudures du conduit en particulier atténuent les excitations trop violentes. Le tympan n'est point comparable à une simple membrane tendue (telle que celle d'un gramophone, par exemple), le système complexe de ses fibres circulaires et radiées, ses rapports avec le marteau, en font un appareil soumis à différentes forces plus ou moins opposées, en équilibre instable. La chaîne des osselets est un trait d'union entre le tympan et le liquide labyrinthique. Celui-ci, qui est incompressible, transmet aux organes sensoriels des vibrations déjà modifiées. La propriété de l'appareil transmetteur peut en effet se résumer brièvement : il transforme de grands mouvements de faible force en petits mouvements de grande puissance.

La perception des différents sons paraît être localisée du grave à l'aigu suivant la hauteur de l'organe de Corti ; il fonctionnerait donc comme une sorte de clavier.

Ces quelques notions étant rappelées l'auteur étudie successivement la conduction aérienne et la conduction osseuse.

Il mentionne l'expérience de Bezold qui met en évidence la supériorité fonctionnelle de la conduction aérienne puis entre dans son sujet proprement dit : la conduite des épreuves de l'ouïe.

L'épreuve de la voix doit être faite avec la voix chuchotée, en choisissant des mots déterminés graves et aigus. Il ne faut point oublier que même bouchée avec le doigt l'oreille non examinée perçoit la voix chuchotée à 10 ou 20 centimètres, de là l'utilité d'appareil assourdisseur tel que celui de Barany. Avec l'acoumètre de Politzer on obtient un bruit toujours identique. Les épreuves des diapasons donnent des renseignements déjà beaucoup plus étendus. Il faut noter non seulement si le son est entendu mais si la durée d'audition est faiblement ou fortement diminuée. Le diapason doit être tenu de telle sorte que le sens des oscillations soit le même que celui de l'axe de l'oreille. Il faut commencer la recherche par les diapasons les plus bas. Pour les sons très élevés c'est le sifflet de Galtsn qui est l'instrument le plus pratique. Le monocorde présente l'avantage de donner des résultats exactement mesurables.

On connaît les différentes épreuves : Schwabach, Weber, Gellé, Rinne. L'auteur les expose dans tous leurs détails en insistant sur la nécessité de coordonner les résultats obtenus et de ne conclure que d'après l'ensemble. Ce sont les données du Rinne qui prises à part ont la plus grande valeur.

Les schémas que l'auteur donne des principales affections de l'appareil transmetteur, leur signification au point de vue du diagnostic sont d'une grande portée pratique. Deux questions l'arrêtent encore : le diagnostic d'une surdité unilatérale, d'une surdité bilatérale et

leur corollaire ; les moyens de dépister les simulateurs. Comme dans ce qui précède l'auteur ne nous apprend rien d'inédit, mais il remplit très bien sa tâche : faire une mise au point vraiment accessible à tout praticien.

La seconde partie de l'ouvrage ne le cède en rien à la première, elle bénéficie d'ailleurs de l'intérêt que provoque la nouveauté même des méthodes qui nous permettent de scruter le fonctionnement du vestibule et des canaux semi-circulaires. Après quelques préliminaires anatomo-physiologiques, le rapport des relations nerveuses qui expliquent le retentissement des excitations vestibulaires sur les manifestations oculaires, l'auteur définit les différentes sortes de nystagmus : N. ondulant oculaire qui n'a rien à faire avec le N. vestibulaire; N. rythmique ou de fixation se produisant par exemple en chemin de fer si l'on regarde par la fenêtre et comportant un mouvement rapide dans la même direction que la marche du train; N. rythmique vestibulaire qui nous intéresse, celui-ci se compose de deux mouvements : un rapide et un lent, il peut être horizontal, vertical, diagonal, rotatoire, etc.

L'étude de ce nystagmus est capitale dans l'examen de la ponction vestibulaire : elle comprend celle du nystagmus spontané, du nystagmus provoqué artificiellement; elle doit être complétée par l'examen des mouvements oculaires, la régulation de l'équilibre, la recherche du doigt. Le nystagmus spontané peut être mis en évidence par le fixateur oculaire de Barany et l'otogoniomètre fixé à la chaise de Bruhl.

Le nystagmus vestibulaire peut être provoqué de différentes façons. La rotation du corps sur la chaise de Bruhl donne lieu à des courants endolymphatiques de sens constants qui sont suivis de phénomènes nystagmiques. On observe le nystagmus d'arrêt, généralement après 10 tours, et de sens contraire au mouvement de rotation. La réaction est d'autant plus nette que l'arrêt est brusque. L'auteur envisage les différentes formes du nystagmus provoqué et en donne l'explication avec des schèmes très clairs. En modifiant l'inclinaison de la tête on peut obtenir les différentes variations de direction du nystagmus.

L'épreuve calorifique repose sur ce fait que normalement une injection froide faite dans le conduit, la tête en position droite; détermine un nystagmus de sens opposé; avec une injection chaude le nystagmus se fait du même côté. Pour rendre les résultats comparables on peut se servir de l'otocalorimètre de Bruning. Il permet de connaître température, débit et pression. Généralement 75 centimètres cubes à 27° ont paru à Bruning suffisants pour déterminer la réaction.

Dans le cas de perforation tympanique il peut être contre-indiqué d'effectuer cette irrigation. On a pu avoir des résultats analogues avec un courant d'air froid ou chaud. L'épreuve par compression et aspiration est d'une grande importance dans le cas d'usure de la paroi labyrinthique avec intégrité des organes vestibulaires. A la

suite de compression, nystagmus dirigé du même côté, à la suite d'aspiration, nystagmus de côté opposé. C'est ce qu'on appelle le signe de la fistule. La recherche se fait avec un ballon de Politzer auquel est un embout auriculaire ou une ventouse englobant toute l'oreille.

Le nystagmus galvanique qui est dû soit à une modification de l'électrotonus normal, soit à des phénomènes cataphorétiques se provoque avec un courant de 2 à 5 milliampères, si les pôles sont placés au niveau de chaque oreille le nystagmus est dirigé du côté de la cathode. Dans le cas où une électrode est placée sur une partie quelconque du corps, le nystagmus est dirigé du côté cathode si celle-ci est à l'oreille, opposé à l'anode si celle-ci est à l'oreille.

Cet examen du nystagmus peut être complété par l'étude des mouvements de rotation des globes oculaires suivant les différentes inclinaisons de la tête, par les épreuves d'équilibre statique et dynamique vestibulaire, et dans le cas d'affection cérébelleuse par l'« épreuve de l'indication » basée sur la coordination et la précision des mouvements du sujet examiné.

La participation ou non de la fonction auditive aux troubles observés, l'absence ou la présence de nystagmus à la suite d'excitation vestibulaire permettent de différencier le nystagmus labyrinthique et endo-cranien.

On voit par ce compte rendu combien les auteurs ont suivi la méthode qui doit guider l'observateur dans l'examen clinique du malade.

En possession de toutes les données du problème, il suffit de se reporter à un tableau résumé des affections principales du labyrinthe pour y trouver en regard du diagnostic l'énoncé des résultats de l'examen. C'est par la description de types cliniques que se termine ce guide pratique d'examen otologique.

J.-E. MATHIEU (Challes-les-Eaux).

V. — Consultations oto-rhino-laryngologiques, par André

CASTEX, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Paris, avec 90 figures dans le texte. Paris, 1912, chez Baillière et fils (*suite*).

D'une importance extrême dans la pratique de notre spécialité, les *végétations adénoïdes* sont l'objet d'un des chapitres les plus étendus de l'ouvrage. L'auteur débute par la symptomatologie : c'est celle de l'obstruction nasale (sommeil la bouche ouverte, ronflement, difficulté de se moucher); c'est celle aussi d'une irritation permanente des voies aériennes supérieures (rhumes, maux de gorge) et des cavités voisines (maux d'oreille), et les déformations osseuses secondaires (palais ogival, dents chevauchées, petitesse du maxillaire supérieur, aplatissement du thorax d'après le diamètre transverse). Le praticien examinera d'abord les oreilles, puis les fosses nasales pour s'assurer qu'il n'y a pas des hypertrophies des cornets, des déviations de la cloison (faux adénoïdiens), puis vient le moment difficile dans les cas de très jeunes sujets gâtés et turbulents. Il faut faire ouvrir la gorge. Pincer le nez est illusoire, car l'enfant peut

toujours aspirer en fermant les dents. Si par ruse on n'a pu réussir, il sera bon d'aplatir la trachée sans brutalité, au-dessous du larynx. La respiration est alors réellement supprimée, l'enfant ouvre instantanément la bouche et on peut glisser l'abaisse-langue qui maintiendra à volonté la béance. Différentes circonstances peuvent se rencontrer. Les amygdales palatines peuvent être notablement hypertrophiées, ou bien elles ne le sont pas ou le sont peu. Dans le premier cas, on arrêtera son intervention à l'ablation des dites tonsilles palatines, car aller plus loin en une seule séance, c'est se faire de l'enfant un ennemi déclaré. Il sera toujours loisible, l'enfant ayant été endormi pour l'amygdalotomie, de pratiquer après cette ablation l'examen du cavum et d'enlever sans difficulté les végétations, ce qui est un simple complément d'opération. Si les tonsilles palatines sont restées relativement normales, la rhinoscopie postérieure étant impossible au-dessous de 10 ans à cause de la petitesse des parties et surtout de la turbulence des petits malades, on pratiquera le toucher; pour cela on introduira son index bien savonné et antiseptisé, en ayant soin de refouler la joue gauche du petit sujet entre les mâchoires pour l'empêcher de mordre, puis, arrivé contre la paroi postérieure du pharynx, cet index introduit en supination s'arrête un moment sous le voile, puis profitera de la poussée déterminée dans la nausée pour entrer dans le cavum. Comme cette pénétration est désagréable, on ne la pratiquera qu'à la fin de l'examen, quand il ne reste plus rien d'autre à faire. On touche rapidement le vomer, la partie postérieure des cornets, la voûte, les parois latérales et la paroi postérieure. Si on ne distingue pas bien parce qu'on rencontre une masse gluante, c'est qu'il y a des végétations. Bien entendu, pour avoir cette précision, il faut non seulement de l'adresse, mais une grande pratique. Il faut affiner suffisamment la sensibilité de son doigt pour qu'il recueille dans son court passage dans le naso-pharynx tous les renseignements nécessaires. Castex se contente d'énumérer les complications à reconnaître qui font la grande gravité des adénoïdes. Elles sont nombreuses. Il y a même des néphrites, des endocardites et assez souvent de la diphtérie dans ce cavum malade et par conséquent constituant un *locus minoris resistentiæ* pour les infections. Souvent aussi les végétations contiendraient le bacille de Koch.

Comme causes Castex invoque l'hérédité assez fréquente, bien que dans une famille « il soit assez rare qu'il faille opérer plusieurs enfants, des infections telles que la rougeole, la diphtérie, la scrofule. A ce propos, rappelons que beaucoup de cliniciens pensent au contraire que l'adénoïdisme crée le faciès de cette diathèse faite en somme de pièces et de morceaux, puisque les infections pyogéniques, les végétations et la tuberculose constituent en réalité son domaine. Bien que l'écrivain soit persuadé de la nécessité finale de l'acte opératoire dans la plupart des cas, il ne voit pas d'inconvénient à tenter d'abord du traitement palliatif. On désinfectera le cavum tous les matins par une irrigation à l'eau résorcinée, phénosalylée, naphtolée

ou oxygénée. Avec des précautions, les accidents tubaires seraient bien rares. L'enfant prendra le matin à jeun une grande cuillerée de sirop iodotannique; enfin, on relèvera l'état général non seulement par une alimentation réparatrice, le grand air, l'exercice, mais encore par des frictions générales à l'eau de Cologne. Si, après trois mois de ce traitement, aucune amélioration ne s'est produite, l'opération s'impose et rien ne peut mieux décider les parents que cet échec du traitement médical régulièrement suivi. L'opération n'est absolument contre-indiquée que chez les hémophiliques et les cardiaques, mais elle devra être faite en dehors des poussées aiguës, soit du côté des végétations, soit du côté de l'oreille. Le chlorure d'éthyle serait préférable pour la narcose au bromure d'éthyle d'odeur alliée. Castex n'agit pas la question de l'opportunité ou même de la nécessité de la narcose pourtant si intéressante. La situation de l'enfant, la façon de l'anesthésier, de l'immobiliser sont, du reste, parfaitement exposées. L'auteur préfère les curettes obliques de Vacher ou de Fein, ce qui permettrait de monter plus avant dans le naso-pharynx. On surveillera beaucoup la respiration du petit sujet. « L'important est de soulever l'abaisse-langue de temps en temps pour permettre à l'enfant de mieux respirer. D'une façon générale, il faut mettre quelque temps d'arrêt bref au cours de cette intervention, car l'enfant côtoie constamment l'asphyxie. » Enlevez vite l'ouvre-bouche et laissez respirer le petit malade dès que la masse adénoïdienne aura été détachée. « Il faut prévenir l'entourage que l'opéré aura peut-être à court délai un vomissement de sang noir. Expliquez que c'est du sang dégluti au moment de l'opération et que cet incident est plutôt favorable. » On laissera l'enfant sans nourriture le jour de l'opération, et le lendemain on prescrira du bouillon et du lait. Pour empêcher toute infection septique, deux fois par jour, on pratiquera une irrigation ou une pulvérisation aseptique dans les fosses nasales. « Prévenez aussi les parents que la plaie est blanche, si vous voulez éviter qu'ils vous envoient chercher, affolés par la crainte d'une complication diphtéritique. » Comme complications immédiates, il peut y avoir pour les novices des plaies du voile ou des parois du cavum, peu à redouter, du reste; quant aux hémorragies post-opératoires, parfois très abondantes même en dehors de l'hémophilie, on fera des irrigations chaudes et, en cas d'échec, des attouchements à l'adrénaline ou à l'antipyrine. Comme troubles réflexes on peut avoir du torticolis ou des paralysies du voile. Tout cela est transitoire et ne tarde pas à disparaître. En somme, excellente opération dont on ne tarde pas à voir les effets si les désordres généraux constatés tenaient bien à l'adénoïdisme.

Les affections du cavum, petite cavité intermédiaire entre le nez et le pharynx proprement dit (digestif), font une suite naturelle aux maladies du nez. L'auteur met bien en relief la principale d'entre elles, au moins quant à la fréquence et aux conséquences désastreuses qu'elle peut avoir, les végétations adénoïdes. Castex rappelle qu'elles ont été découvertes par Wilhelm Meyer de Copenhague en

1868. Il aurait pu ajouter qu'il a eu un précurseur dans Læwenberg de Paris qui avait signalé leur existence de la façon la plus nette. Le tableau symptomatique est bien esquissé et permettra même à l'entourage des petits malades de soupçonner l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et de recourir en temps opportun à l'intervention médicale. L'écrivain ne néglige aucun des petits côtés de la question. Il indique par exemple les moyens pour faire ouvrir la bouche aux enfants volontaires et têtus. Il mentionne toutes les particularités du toucher nasal et une bonne figure montre très bien l'attitude que doivent prendre les aides. Mais, dit-il, parce que les végétations se rencontrent très souvent, il ne faut pas leur attribuer toutes les obstructions nasales. Il convient de songer à une rhinite hypertrophique, à une déviation de la cloison, même à une microrhinie, ou bien l'état intellectuel caractéristique de l'aproxexie de Guye relève plutôt de la dégénérescence mentale. Ceci est pour le diagnostic. Une longue énumération de toutes les complications qui peuvent se rencontrer au cours de l'affection montre les dangers de celle-ci. Bien que les mesures thérapeutiques à prendre soient surtout chirurgicales, il y aurait aussi un traitement médical. Ainsi quand les masses morbides sont peu développées et qu'il convient pour une raison ou pour une autre d'attendre on pratiquera soigneusement tous les matins la désinfection du nasopharynx avec une solution contenant de la résorcine ou du phénosalyl, du naphthol ou de l'eau oxygénée. Avec des précautions convenables, on n'aurait presque jamais d'accidents du côté des oreilles. On prescrira en outre du sirop iodotannique pour combattre le lymphatisme dont sont atteints la plupart des petits adénoïdiens et on fera exécuter sur le corps des frictions générales à l'eau salée pour fortifier l'organisme. Comme principales indications, il y a l'otorrhée rebelle, les déformations thoraciques, les accès de faux croup, l'aproxexie. Les contre-indications se réduisent à deux : hémophilie bien avérée du sujet, et affection cardiaque grave. On opérera autant que possible à froid¹ et dans un lieu où les fièvres éruptives ne sévissent pas (donc grandes précautions dans les hôpitaux d'enfants et création d'un bâtiment oto-rhino-laryngologique spécial bien isolé). L'auteur indique avec soin l'armement usité en pareil cas (chlorure d'éthyle trois ampoules, un paquet de coton hydrophile, un litre d'eau bouillie très chaude et un litre d'eau bouillie froide, cuvette, serviettes, tablier, seau de toilette, 50 gr. d'alcool à 90 pour flambages). Si l'enfant a moins de 2 ans, ou 2 ans tout au plus pas d'anesthésie : l'enfant offre peu de résistance. Si l'enfant est plus âgé, anesthésie générale au chlorure d'éthyle pour éviter toute résistance fâcheuse et des mouvements intempestifs que les aides ne peuvent pas toujours maîtriser. La position des aides est indiquée avec soin dans le texte et par une gravure. Si les amygdales palatines sont grosses, on dégagera le champ opératoire en les

1. Pour cela pratiquer 3 fois par jour des irrigations froides, et désinfecter soigneusement le cavum à l'eau oxygénée.

morcellant rapidement avec la pince de Ruault. « Si le sang envahit l'arrière-bouche, la tête de l'enfant est inclinée en avant au-dessus d'un bassin. Dès que le champ opératoire est dégagé, la main droite insinue la curette derrière le voile du palais en contournant la luette ; elle la pousse jusqu'à la voûte du cavum et par des mouvements rapides de haut en bas, à droite, à gauche, elle abat toute la masse adénoïdienne qui tombe dans l'arrière-bouche et qu'on entraîne aisément dans un bassin par un mouvement d'avant en arrière de la curette. L'auteur se sert de curettes de Vacher ou de Fein qui permettent de monter plus en avant dans le cavum que les instruments ordinaires. « L'important est de soulever l'abaisse-langue de temps en temps pour permettre à l'enfant de mieux respirer. D'une façon générale, il faut mettre quelque temps d'arrêt brefs (car il faut opérer vite) au cours de cette intervention, car l'enfant côtoie constamment l'asphyxie. Après que tout est terminé, on prévient la famille de la possibilité des vomissements noirs dans les heures qui suivent pour éviter leur alarme si le fait se produisait, on les avertira aussi que la plaie est blanche pour qu'ils ne pensent pas au croup. » Comme complications immédiates on peut avoir l'hémorragie post-opératoire chez les sujets prédisposés (irrigations chaudes, badigeonnages à l'adrénaline ou l'antipyrine des blessures du voile par maladresse, chute de la masse morbide dans les voies aériennes. « Si on redoute cet accident, il faut employer l'abaisse-langue de Laurels en forme de panier » ; les torticolis, les parésies transitoires également du voile sont à redouter (voir Parrel et Grossard).

Si les sinusites sont de connaissance ancienne ¹ (voir un de nos articles sur la question paru en 1905 sur les sinusites syphilitiques), « c'est bien de nos jours que l'on a su reconnaître avec certitude, la fréquence, les variétés et les dangers de ce que les traités classiques appellent l'empyème latent ». Mais, comme le fait remarquer Castex, les diverses antrites sont des affections pas mal larvées, qu'il faut savoir déceler au moyen d'un examen attentif. Leurs symptômes ne s'imposent guère à l'observation ou présentent, quand ceux-ci sont intenses, un caractère confus indéniable. L'écrivain montre que la pyorrhée nasale persistante est le signe révélateur. C'est l'éclairage électrique des sinus qui établirait le diagnostic, bien que les deux rhinoscopies fournissent en général des indices précieux. La transillumination est précisée avec soin pour chaque sinus. La radiographie serait beaucoup moins utile que le moyen précédent. « Les épreuves obtenues ne donnent que des indications imprécises. Mon expérience personnelle concorde en ce point avec celle de von Albrecht ² qui a vu par l'observation de 36 malades et l'expérimentation sur les cadavres, que pour le sinus maxillaire les rayons X ne valent pas mieux que la transillumination. De même pour le sinus

1. Astley Cooper évacuait le pus des sinusites maxillaires à travers une alvéole ; Desault ponctionne celle-ci à travers la fosse canine.

2. *Arch. f. Laryng.*, vol. XX, fasc. 2.

frontal où le skiagramme peut être positif quand le sinus est indemne.» Par contre ces rayons rendraient des services pour les cellules ethmoïdales, cas dans lequel la transillumination donne d'assez mauvais résultats. Dans les cas aigus, il ne faudrait pas oublier, quand on emploie celle-ci, qu'il peut exister des opacités transitoires sans importance clinique. L'auteur signale avec soin les affections similaires pouvant égarer le diagnostic (névralgie du trijumeau pour l'antrite maxillaire, la périostite douloureuse de la mâchoire supérieure, pouvant s'accompagner d'opacité, la syphilis tertiaire de cette même région, les tumeurs malignes). Castex rappelle que les individus atteints de sphénoïdite s'adressent d'abord aux spécialistes pour des troubles visuels amenés par la compression des nerfs optiques. Le pronostic des sinusites serait généralement grave (complications oculaires, complications intracrâniennes pour les sinusites frontales, ethmoïdales sphénoïdiennes, altération de la note générale). Les causes principales à relever seraient la grippe et les affections dentaires. L'intervention chirurgicale s'imposerait dans les affections chroniques. Castex passe rapidement sur les opérations à effectuer choisissant pour la sinusite maxillaire et la sinusite frontale les procédés bien connus de Luc.

(A suivre.)

C. CHAUVEAU.

VI. — La syphilis de l'oreille externe, moyenne et interne,

par H. BIANCO, de Naples (Brochure de 71 p., Naples. Tipogr. Melfi e Jolle, 1912).

Tout d'abord une étude historique sur la syphilis de l'oreille ; elle était déjà connue au xvi^e siècle, Erasme en 1520, Fallope en 1563 parlent, l'un de l'otorrhée spécifique, l'autre des bruits ; Ambroise Paré, Van Swieten, au xviii^e siècle, Morgagni la connurent aussi. En France, Itard, Ménière, Lagneaux, Triquet, connurent la surdité d'origine syphilitique ; Hutchinson, enfin, attira l'attention sur les lésions du nerf acoustique.

Oreille externe. — Bianco étudie le chancre de l'oreille externe, assez rare et dû à morsures, baisers, emploi de mouchoirs de syphilitiques ; jamais on n'a trouvé de chancre, ni dans le conduit, ni sur le tympan, on signale un cas de chancre mastoïdien. En raison de la constitution anatomique du pavillon, l'induration n'est pas trop manifeste. Bianco relate deux cas l'un dû à Rosoni (1883), l'autre à Hermet.

Les manifestations secondaires sont plus fréquentes tout en étant plus rares que celles de l'oreille moyenne ou interne : on trouve le type papuleux au lobule et au sillon auriculo-mastoïdien, le type maculeux aux parties cartilagineuses telles que la fosse naviculaire et le pavillon. Enfin, on trouve, quoique rarement, des condylomes. Les troubles subjectifs occasionnés par les lésions secondaires du conduit sont : les bruits, les douleurs (marquées surtout lors de la mastication) et les troubles auditifs ; ceux-ci doivent être attribués à la grande tuméfaction des parois.

Les otopathies secondaires sont plus fréquentes chez les sujets dont le conduit est mal nettoyé, ou exposé à l'entrée de poussières irritantes ou enfin chez ceux ayant ou ayant eu des otorrhées.

Le pronostic est bon si on suit rapidement le traitement spécifique.

Le traitement du chancre consistera à le saupoudrer d'iodoforme, d'oxyde jaune d'Hg en pommade ou de calomel. Pour les lésions secondaires du conduit, lavages au sublimé, cautérisations à l'acide trichloracétique et, cela va sans dire, traitement mercuriel.

Les lésions tertiaires du pavillon et du conduit sont très rares. Les gommes sont connues depuis longtemps. On connaît la gomme sèche, la gomme humide (tuberculo-croûteuse ou ulcéreuse) et la syphilide impétigineuse (*impetigo rodens*). Cette dernière se trouve surtout chez les alcooliques.

Bianco passe en revue les déformations, mutilations produites par les gommes ; elles peuvent donner au pavillon la forme la plus extraordinaire.

Il faut faire le diagnostic différentiel de la gomme avec le chancre et l'épithélioma du pavillon.

L'auteur consacre enfin un paragraphe aux hyperostoses et exostoses du conduit, lesquelles ne sont pas toujours syphilitiques. Une lésion assez rare et pouvant passer inaperçue, c'est la *périostite spécifique* du conduit.

Oreille moyenne et interne — Si le chancre n'a jamais été vu dans le conduit, en revanche on l'a souvent constaté à l'orifice pharyngien ou la trompe.

Les lésions secondaires de la caisse peuvent prendre l'aspect de l'otite moyenne suppurée, du catarrhe chronique sec ou de la sclérose ; le diagnostic de spécificité est ardu, malaisé, fréquemment impossible par l'examen. Les commémoratifs serviront beaucoup. Le pronostic devra être très réservé quant à la description des troubles de l'audition.

Les lésions tertiaires de l'oreille moyenne sont consécutives aux lésions rhino-pharyngiennes, à celles de la mastoïde ou du rocher.

Enfin, Bianco étudie les lésions de l'oreille interne : ces lésions ont une préférence spéciale pour le labyrinthe ; on peut leur reconnaître quatre types : marche lente, marche rapide, début apoplectiforme, labyrinthite spécifique chronique.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'otosclérose, les surdités nerveuses, les lésions cérébelleuses, la neurolabyrinthite par méningite cérébro-spinale, les oreillons, les labyrinthites survenant au cours de maladies infectieuses, les vertiges médicamenteux, l'apoplexie cérébrale, les tumeurs du cervelet et gommes de la base du crâne, crises d'épilepsie, ictus laryngien, tabès dorsal, vertiges d'origine gastrique, rénale ou menstruelle, et enfin affections non spécifiques du labyrinthe.

Le pronostic est assez favorable, mais seulement si on agit à temps par le traitement adéquat.

La pilocarpine, associée au traitement iodo-mercuriel, forme la base de la médication. L'auteur étudie ensuite les avantages comparés des divers mercuriaux et des diverses voies d'administration.

Le dernier paragraphe, enfin, est consacré aux lésions hérédosy-

philitiques, aux paralysies syphilitiques, acoustico-faciales et aux lésions parasyphilitiques.

Cet intéressant travail, bien ordonné et complet, mérite d'être lu en entier.

MENIER (de Decazeville).

VII. — Technique des méthodes d'examen et de traitement des affections du larynx et rapport de ces affections avec les maladies générales, par F. HERING. Traduit du polonais en russe sous la rédaction de A. Bramson, avec préface du privat-docent S. von Schtein (St-Petersbourg, 1911, 420 pages, prix : 3 roubles 20).

Cet ouvrage présente un grand intérêt non seulement pour les débutants mais aussi pour les spécialistes exercés car il est le fruit de plus de 35 ans de pratique médicale et d'activité scientifique d'un auteur jouissant d'une grande réputation pour son érudition et pour son expérience.

Ce traité, l'un des plus complets parmi les ouvrages contemporains sur les maladies du larynx, est divisé en 6 parties. Dans la 1^{re} partie se trouvent exposées l'anatomie, l'histologie et la physiologie du larynx ainsi que la laryngoscopie et les autres méthodes, même les plus récentes d'examen du larynx. Au début de chaque partie se trouvent présentés dans l'ordre chronologique les travaux de différents auteurs sur la question, puis Hering décrit ses idées personnelles.

Dans la 2^e partie se trouvent décrites en détails les méthodes thérapeutiques non opératoires, les gargarismes et surtout les inhalations qui ont fait l'objet de recherches personnelles nombreuses. Dans la 3^e partie, nous trouvons les méthodes physiques du traitement local, et des indications hygiéniques et diététiques pour les voies respiratoires supérieures. La 4^e partie est consacrée aux méthodes opératoires, et l'auteur, grâce à sa longue pratique, peut nous donner une foule de conseils souvent très importants et d'indications pratiques prévoyant la diversité des cas qui peuvent se présenter pendant ou après l'opération. La 5^e partie complète la précédente par la description des instruments et de plusieurs opérations qui n'avaient pas été publiées dans les éditions précédentes, comme le traitement des sténoses du larynx et le traitement opératoire de la voix chez les chanteurs.

La 6^e partie est consacrée aux rapports entre les affections du larynx et les maladies générales (tuberculose, goutte, rhumatisme).

M. DE KERVILY (de Paris).

IV. — REVUE DES THÈSES

- I. — **De la cure radicale des sinusites maxillaires chroniques, par voie endonasale (méthode de Réthi-Claoué, complétée par Mahu)**, par Raoul ARNAL. Thèse de Paris, 1912 ; G. Steinhel, éditeur, Paris.

Dans un PREMIER CHAPITRE l'auteur analyse les différentes méthodes chirurgicales utilisées jusqu'à ce jour pour le traitement des sinusites maxillaires chroniques. Deux voies d'accès permettent d'atteindre le sinus maxillaire :

1^o *La voie buccale ;*

2^o *La voie nasale.*

Trois méthodes véritablement chirurgicales, plus ou moins en faveur de nos jours, empruntent séparément ou simultanément ces deux voies : ce sont les méthodes d'accès par :

1^o Voie buccale ;

2^o Voie nasale ;

3^o Voie mixte (buccale et nasale).

Arnal les passe successivement en revue.

I. — VOIE BUCCALE.

a) *Trépanation par l'alvéole* (COOPER). — Presque complètement abandonnée de nos jours.

b) *Trépanation par la fosse canine.* — Lamier-Desault, Sébilleau.

La communication large et permanente du sinus avec la cavité buccale limite le nombre de ses indications.

II. — VOIE NASALE.

a) *Trépanation large au niveau du méat moyen* (RÉTHI). — Onodi et Zuckerkandl l'ont préconisée et appliquée ; Siebenmann l'a simplifiée.

Tous ces procédés de trépanation exposent plus ou moins à une blessure du plancher orbitaire ou à son infection : cela suffit à expliquer le peu d'engouement des rhinologistes français pour cette méthode.

b) *Trépanation large du méat inférieur* (CLAOUÉ). — Préconisée par Mikulicz, Zuckerkandl, Lichwitz, Krause et Friedlanger à l'étranger, Claoué et Escat en France, c'est une méthode fort simple de traitement chirurgical des sinusites maxillaires chroniques par voie endonasale possible sous anesthésie locale cocaïnique. Elle consiste en une trépanation large de la cloison sinuso-nasale, après résection préalable d'une partie antérieure du cornet inférieur *sans curetage de l'antre*.

La dernière communication de Claoué règle ainsi les divers temps de la méthode.

1^{er} TEMPS. — *Ablation des 2/3 antérieurs du cornet inférieur*, avec les ciseaux coudés ou l'anse froide.

2^e TEMPS. — Résection de la paroi. A la tréphine à main, de préférence, première perforation à 2 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, puis une deuxième en arrière de la

première ; on fait ensuite sauter le pont osseux qui sépare les deux orifices.

3^e TEMPS. — On lave le sinus, on passe une curette *sans s'attacher à un curetage minutieux* qui n'est pas le but de l'opération.

c) *Trépanation de l'angle maxillo-nasal* (VACHER, d'Orléans). Sous chloroforme.

III. — VOIE MIXTE BUCCALE ET NASALE (CALDWELL-LUC). — Primitivement, cette opération était préconisée comme devant se faire sous chloroforme.

De nos jours, elle peut être pratiquée sous anesthésie à la cocaïne ou à la novocaïne.

Raoul Arnal donne la technique de l'anesthésie locale et la technique de l'opération elle-même. L'auteur compare ensuite les avantages et les inconvénients des différentes méthodes opératoires énumérées, et conclut ainsi :

La trépanation *par voie endo-nasale* (*type Claué*) est d'une extrême simplicité. Le traumatisme opératoire que suscite cette technique est presque nul et les suites en sont parfaites. Les statistiques heureuses de Claué, Escat, Collet, Mahu en font une méthode digne de tout éloge. Quant aux résultats, susceptible de remplacer le Caldwell-Luc dans la plupart des cas.

Le Luc n'en reste pas moins en France la méthode de choix pour cure radicale des sinusites maxillaires chroniques : elle permet une vue large du sinus et rend aisé le curetage de cette cavité.

En recourant à *l'anesthésie locale sous cocaïne et novocaïne adrénalisée*, Luc a réalisé sur la méthode primitive un progrès considérable au point de vue de l'hémostase. Mais de quelque façon qu'on exécute ce procédé, il n'en reste pas moins une intervention éminemment chirurgicale, à traumatisme important ; c'est en raison de ces considérations et aussi des excellentes statistiques publiées, que M. Mahu s'est décidé à adopter le principe de la méthode de Claué dans un grand nombre de cas.

Dans le chapitre II, Raoul Arnal indique de quelle façon la méthode de Mahu diffère essentiellement de la méthode de Claué.

« Si l'acte capital, dit Mahu, de la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique est sans conteste la trépanation de la paroi sinuso-nasale qui met largement le foyer septique en communication avec l'extérieur, il ne nous paraît pas discutable qu'au point de vue de la réparation ultérieure, il y ait avantage réel à enlever à la curette, non pas la totalité de la muqueuse périostique, mais toutes les fongosités qui sont nées de sa transformation pathologique. » Mais le curetage du sinus nécessite, pour être parfait, la vue complète de cette cavité ; c'est vers ce double but : *mieux cureter, mieux voir* que tendent tous les efforts de la méthode nouvelle.

L'auteur d'abord décrit l'instrumentation employée : *cisaille perforatrice, pince nasale à rétro, spéculum nasi-autostatique, pince courbe à pansements, curette dirigée coudée.*

Technique opératoire.

Le patient est couché et cocaïné.

1^{er} TEMPS : *Résection de la moitié antérieure du cornet inférieur.*

2^e TEMPS : *Trépanation de la cloison sinuso-nasale.* La cisaille perforatrice fermée est tenue dans la main droite à pleine main (comme un trocart) ; appuyer sur cet instrument en lui imprimant, au besoin, un mouvement de rotation en va-et-vient pour perforer avec sa pointe la cloison sinuso-nasale *le plus en avant possible* vers l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Une fois la perforation obtenue, se servir de l'orifice comme amorce pour trancher entre les mors de la cisaille la paroi osseuse dans laquelle on dessinera un volet triangulaire ou en forme d'U renversé. Avec la pince plate de Luc, enlever par arrachement le volet ainsi formé, puis agrandir avec le même instrument l'orifice de trépanation, en arrachant peu à peu des morceaux de la paroi, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une brèche de la dimension de 1 ou 2 francs, *tangente en avant à l'apophyse montante et en bas au plancher de la fosse nasale.*

3^e TEMPS : *Curettage de la cavité.* Après avoir mis en place le spéculum nasi-autostatique, en l'introduisant fermé comme un spéculum ordinaire, le crochet tourné du côté de la paroi sinuso-nasale. Ecarter progressivement les valves l'une de l'autre jusqu'au maximum, de manière à ce que, prenant un premier point d'appui par son crochet sur le bord antérieur de l'orifice de trépanation, et un second au moyen de l'autre valve qui fait pression sur la cloison, l'instrument se trouve fixé dans la fosse nasale par ses propres moyens.

Il suffira dès lors d'incliner le spéculum de la main gauche sans le maintenir, suivant des angles plus ou moins ouverts, afin d'apercevoir la cavité antrale en ses différents points.

A l'aide des curettes à tiges longues et malléables dont on modèlera à la main les courbures au fur et à mesure des besoins, on parviendra à cureter cette cavité dans presque toutes ses parties.

On complètera le curetage, s'il y a lieu, au moyen de la curette en U, en séparant chaque curetage par des introductions, dans la cavité, de torsades de gaze stérilisée.

PANSEMENTS POST-OPÉRATOIRES. — Badigeonnage de l'intérieur du sinus à la teinture d'iode, tamponnement avec une longue mèche de gaze, de 2 centimètres de large, au peroxyde de zinc ou à l'iodoforme à 25 p. 100, que l'on retirera au bout de 48 heures.

Enfin, pratiquer pendant la première semaine, tous les jours et pendant les deux semaines suivantes de deux en deux jours, des lavages du sinus par la fosse nasale avec de l'eau oxygénée à 12 volumes coupée de deux fois son volume d'eau bouillie tiède.

La différence entre les procédés de Claoué et de Mahu porte sur trois points :

1^o *Sur la cisaille perforatrice, le spéculum autostatique, employés par Mahu.*

2^o *Sur les dimensions de la brèche sinuso-nasale* qui dans le procédé Mahu est grande.

3^o *Sur le curettage de la cavité* pratiqué par Mahu toutes les fois qu'il lui paraît nécessaire.

Les résultats obtenus par cette méthode portent sur un ensemble de 17 cas.

Sur ces 17 interventions pratiquées par voie endo-nasale pour cure radicale de sinusites maxillaires, *un seul cas* de récédive rapporté par Mahu est dû à une brèche sinuso-nasale insuffisante.

A. GROSSARD (de Paris).

II. — Contribution à l'étude de la fièvre des foins (mention médecin), par Mosché KRIEGER (Thèse de Paris, 1912. Ollier Henry, imprimeur, Paris).

Un chapitre d'histoire fait remonter l'étude de cette affection à l'époque où vivait le clinicien anglais Heberden (mort en 1801) qui a remarqué la périodicité d'un catarrhe apparaissant tous les étés et durant une partie de ceux-ci.

Mais c'est Boslock qui, souffrant lui-même du rhume des foins en 1849, a publié le premier travail d'ensemble sur cette question (une auto-observation) et qui publia en 1828 un second travail où il dénomma cette affection « summer catarrha », catarrhe d'été, incriminant la chaleur d'en être la cause.

L'auteur aborde ensuite le chapitre ETIOLOGIE qu'il divise en *causes prédisposantes* et *causes déterminantes*. Il n'hésite pas à dire que la grande cause prédisposante est le neuro-arthritisme.

Hérédité. — L'hérédité paraît aussi jouer un grand rôle dans l'affection du rhume des foins.

Sexe. — Tous les auteurs sont d'accord pour admettre la plus grande fréquence du rhume des foins dans le sexe masculin.

Profession. — C'est parmi les individus de classe aisée et intellectuelle que se fait principalement le recrutement des malades souffrant de cette affection.

Age. — D'après une statistique de l'auteur, le plus grand nombre des malades correspond à l'époque de puberté et à l'adolescence.

Il paraît certain que des maladies infectieuses antérieures sont pour quelque chose dans l'apparition du rhume des foins.

On peut encore rappeler l'influence du vent et de la chaleur. La pluie aurait une influence heureuse sur les malades.

On attribue à la lumière solaire l'apparition des attaques plus fréquentes.

Certains états du corps thyroïde favoriseraient l'éclosion du rhume des foins.

La cause immédiate du rhume des foins est l'inhalation des pollens des graminées en Europe, dans la grande majorité des cas; l'inhalation de pollens d'absinthe ou d'armoise pontique ou des solidages en Amérique; l'inhalation de *ligustrum-vulgar*, pour européens habitant la Chine.

L'auteur cite d'après la méthode de Dunbar un certain nombre de plantes dont les pollens sont capables de provoquer un accès.

En somme, les grains des pollens sont bien la cause déterminante de l'apparition de ces accès saisonniers. Au moment de la floraison,

en effet, ils s'échappent des fleurs, voltigent poussés par le vent, dans l'atmosphère que nous respirons, où ils atteignent le chiffre de 5.000 par mètre carré d'après les recherches minutieuses de Liefmann.

Sur les muqueuses du nez et de l'œil, les pollens se trouvent dans des conditions favorables d'humidité et de température, ils se gonflent et expulsent la substance albuminoïde qui déterminera le catarrhe oculo-nasal.

La *pathogénie* du rhume des foins ne fut définitivement éclairée que dans ces dernières années.

L'auteur passe rapidement en revue les quelques théories qui furent les plus en vue et qui sont :

La théorie de la chaleur et du soleil, théorie nasale, théorie nerveuse, théorie bactérienne pour arriver enfin à la théorie du pollen sur laquelle Mosché Krieger s'arrête plus longuement parce qu'elle est la seule universellement admise, sauf quelques rares exceptions.

Dunbar s'est mis en 1892 à poursuivre ses recherches à ce sujet dans cette direction.

En effet, il s'agissait de résoudre les problèmes suivants :

- a) Est-ce bien les pollens qui provoquent les accès?
- b) Est-ce simplement par action mécanique ?
- c) Quelle est la partie active?

D'après les expériences de cet auteur, il est prouvé que les pollens sont bien capables de provoquer des attaques semblables à celles observées chez les malades à l'époque du rhume des foins et qu'il s'agit d'une action irritative spécifique.

Les expériences de laboratoire ont appris : 1° que c'est la partie du pollen soluble dans le sérum sanguin et dans d'autres humeurs de l'organisme qui est la portion active ; 2° que c'est une substance albumineuse.

On a pu même démontrer que l'extrait des pollens agit aussi bien par injection sous-cutanée que par application locale.

Quelle est la nature de cette substance nocive contenue à l'intérieur du pollen ? Ce serait une toxalbumine, une véritable toxine à rapprocher peut-être des *toxoprotéines* caractérisées par leur action nocive, rapide, immédiate sur l'organisme comme les substances toxiques du bacille de la peste ou celle des venins.

Mais comment expliquer que parmi tant de personnes respirant les pollens, seul un petit nombre est atteint ? Par ce fait que le poison des pollens produit une réaction chez les prédisposés à la fièvre des foins en raison de la présence des corps activants dans leur sang, ce qui ne serait pas le cas chez les gens normaux, mais il semble plus logique de faire intervenir l'anaphylaxie dans l'explication de la pathogénie intime de ces phénomènes.

Enfin on pourrait peut-être comparer le rhume des foins aux accidents d'anaphylaxie alimentaire mis en relief par Lesné et Dreyfus. Ici, la sensibilisation se produirait grâce aux divers troubles digestifs, là, sous l'influence d'autres troubles de l'organisme qui restent encore à déterminer et à préciser, le sérum des personnes prédispo-

sées à la fièvre des foins favoriserait la désagrégation de l'albumine accompagnée de la mise en liberté de produits de dédoublement toxique ; cette supposition se trouve confirmée par nombre d'observations absolument caractéristiques.

L'auteur est amené à conclure que la fièvre des foins est un phénomène d'anaphylaxie.

Seulement il faut noter que d'après le tableau clinique et les symptômes constatés à la suite d'une injection sous-cutanée de la toxalbumine de pollen, il ressort que tandis que le peptone de Witte provoque un shock anaphylactique caractérisé par de la diarrhée, du vomissement, etc., c'est-à-dire localise son action surtout dans la région abdominale, elle, au contraire, occasionne de l'hyperémie conjonctivale, attaque d'éternuement et d'asthme, c'est-à-dire porte son action sur la région du trijumeau et du pneumogastrique.

D'après certains auteurs, les symptômes oculaires et nasaux de la fièvre des foins pourraient être envisagés comme des accidents d'anaphylaxie locale.

L'étude clinique de la fièvre des foins fait l'objet d'un chapitre important.

On peut diviser en trois groupes les malades atteints de cette affection :

1^{er} groupe : Les malades présentent une légère inflammation à la porte d'entrée : œil, nez ou tous les deux. Les symptômes régressent si les malades restent dans leur chambre.

2^e groupe : Les symptômes d'inflammations aux portes d'entrée sont plus intenses et occasionnent aux malades des troubles notables qui ne disparaissent pas complètement en gardant la chambre.

3^e groupe : Tous les phénomènes sont encore plus forts et s'accompagnent de véritables crises d'asthme bronchique dit essentiel à durée plus longue et apparition beaucoup plus fréquente dans la journée.

L'examen des fosses nasales donne des résultats variables. Il révèle parfois des zones d'hyperesthésie.

Leilaive a constaté la diminution de la quantité des urines et de l'urée, l'augmentation de l'acide urique, la présence d'une quantité notable d'indican.

Toussaint (1911) a trouvé plusieurs fois des cristaux d'acide urique en examinant au microscope des mucosités recueillies au moment des accès, à condition de laisser la préparation au repos pendant 2-3 jours.

Kyle (1903) a insisté sur l'importance de l'examen de la salive et des sécrétions nasales ; il a trouvé une hyperacidité de ces sécrétions d'où il résulterait un excès de sels ammoniacaux, ce qui serait une source d'irritation pour la muqueuse pituitaire. Généralement on ne constate pas d'élévation de température.

L'examen du sang a montré chez quelques malades, au moment des accès, une augmentation des éosinophyles.

Le diagnostic différentiel est une chose importante. On confond facilement fièvre des foins tantôt dans ses formes bénignes avec

le coryza nerveux, tantôt dans ses formes asthmatiques avec l'asthme dit essentiel. La participation de la conjonctive oculaire qui ne manque presque jamais et qui parfois est même le symptôme prédominant ne se voit guère dans le coryza nerveux; de plus le coryza nerveux n'est pas attaché à une époque de l'année.

D'autres moyens de diagnostic existent, mais il en est un beaucoup plus sûr et autrement précieux que ceux énumérés par l'auteur, c'est lui-même qu'il indique : l'*ophtalmo-réaction* et qui consiste dans l'application sur la conjonctive de la paupière inférieure d'une petite particule de toxalbumine extraite par Dunbar des grains de pollen et qui se trouve dans le commerce sous le nom d'« Heufieberdiagnosticum ».

Wolff-Eisner préfère pratiquer l'ophtalmo-réaction avec le poison natif. Mosché Krieger indique la façon de le préparer.

Il faut distinguer deux stades dans la marche de la réaction : a) subjective, b) objective. Cette division a son importance. Les phénomènes subjectifs semblent traduire une manière de réagir plus accentuée. Ainsi sur 21 personnes saines, Wolff-Eisner a constaté chez 5 des réactions subjectives.

L'auteur pour bien montrer la valeur diagnostique de l'ophtalmo-réaction cite quelques cas de Wolff-Eisner, très caractéristiques.

Tous les auteurs s'accordent à dire que, dans la majorité des cas, cette maladie a tendance à s'aggraver.

La fièvre des foins n'est pas une maladie qui peut mettre la vie en danger, mais elle n'est pas complètement guérissable actuellement, et l'on comprend que des attaques d'asthme répétées et d'une durée prolongée ne restent pas sans influence nocive sur l'état général des malades, même dans l'intervalle de ces crises périodiques.

Au point de vue traitement, l'auteur s'arrête particulièrement sur les divers essais intéressants de séro-thérapie et vaccino-thérapie, ainsi que sur les traitements symptomatiques récemment proposés.

Il signale les deux sérums de Dunbar préparés l'un avec l'extrait de pollens des graminées, l'autre avec celui d'ambroisie et de solidage. Il indique la façon dont il les obtient et par quel moyen il donne naissance à la « Pollantine » considérée par les uns comme un sérum spécifique et par les autres comme un remède inefficace.

L'auteur apporte quelques observations qui montrent l'effet excellent produit par le sérum de Dunbar. Elles font supposer que son action ne serait pas seulement curative, mais aussi préventive, c'est-à-dire que son action immunisante est passive et active.

Le second sérum en date est celui de Weichardt connu sous le nom de « graminol »; c'est un sérum natif, c'est-à-dire un sérum des herbivores non traités, pris pendant la floraison des graminées et fortifié en son action par un procédé gardé en secret jusqu'à ce jour.

L'auteur en donne le mode d'emploi. Son effet, d'après la statistique allemande, serait un peu supérieur à celui produit par la pollantine.

Le troisième sérum en date est celui de Billard et Maltet. C'est

un sérum-collyre. Expérimenté sur une centaine de malades, il aurait donné des résultats satisfaisants.

Il faut rapprocher des méthodes sérothérapiques les essais d'immunisation active par l'Ambrosia caprifolia, extrait de Raywed qui procurerait l'hay-fever, par le Phleum pratense employé par deux médecins anglais Noon et Friedmann dont la méthode d'immunisation active ouvre peut-être, grâce à ses succès remarquables, une nouvelle voie dans le traitement de la fièvre des foins.

Le traitement symptomatique est médical ou chirurgical.

La diversité et le nombre de ces traitements est considérable. Badigeonnages du pharynx et du nez avec une solution de chlorate de potasse à 3, à 5 %. Emploi du bicarbonate de soude ou d'une solution saturée d'alun, de l'acide carbonique en douches, de la pommade mentholée.

Mais de toutes ces médications locales, la cocaïne et l'adrénaline semblent bien celles qui apportent le soulagement le plus immédiat. La rhinoacline est très employée en Allemagne en concurrence avec une autre préparation avec de l'anesthésine (Extrait distillé d'hamamelis Virginica, d'anesthésine, lanoline et glycérine boriquée).

Le traitement chirurgical comporte la galvano-cautérisation qui semble être la méthode de choix; les caustiques chimiques; l'électrolyse; la haute fréquence; l'air chaud; la résection du nerf ethmoïdal antérieur; l'injection d'alcool dans les branches nasales du trijumeau.

Il faudrait surtout s'efforcer de soustraire le malade à l'influence des grains de pollens. Le voyage en mer est encore le moyen prophylactique le plus efficace.

Le traitement de l'état général avant et pendant la période dangereuse constitue une indication qui mérite l'attention.

Pendant l'accès, Lermoyez préconise l'atropine associée à la strychnine.

L'extrait thyroïdien a donné parfois de bons résultats.

On voit combien le nombre et la diversité des traitements proposés contre la fièvre des foins est considérable. Cette diversité résulte probable nent de ce fait qu'on confond souvent le rhume des foins avec d'autres maladies semblables. A. GROSSARD (de Paris).

III. — Contribution à l'étude des adénomes sébacés symétriques de la face, par Olivier SAGORY (Thèse de Paris, 1906, imprimerie de la Faculté de médecine, Henri Jouve, Paris).

Ces tumeurs extrêmement rares ont été isolées en 1886 par Balzer et Ménétrier des poly-adénomes circonscrits de la peau très communs au visage, notamment sur le nez, sur la paupière inférieure et sur les joues et désignés communément par Broca sous le nom de « verrues charnues », de « tétines de rat ». D'après les recherches de l'auteur, il lui a semblé qu'il existe des cas intermédiaires entre les adénomes sébacés proprement dits et toute une série de néoplasies glandulaires

qui constituent des faits de passage entre les adénomes et les hydra-dénomes. C'est d'ailleurs cette interprétation qui semble naître d'un cas qu'il a pu observer dans le service du Dr Balzer et qu'il expose dans son travail.

Dans les coupes pratiquées par lui-même, il semble qu'il y ait l'aspect histologique d'un hydro-adénome typique à côté d'une véritable adéno-fibromatose. Cet aspect dans son ensemble se rapproche de certaines altérations néviques.

Les observations publiées par O. Sagory font entrevoir que toutes les malformations cutanées décrites sous le nom d'adénomes sébacés de la face ne peuvent pas être ramenées au même type macroscopique, et lorsqu'il aura étudié les variétés histologiques de ces adénomes, il pourra affirmer que, toutes réserves faites sur l'étiologie de ces malformations, elles ne doivent pas être confondues sous une même appellation, en se basant sur les particularités macroscopiques et microscopiques, sur les différences essentielles d'aspect et de structure, l'auteur se demande si l'appellation d'adénomes sébacés symétriques de la face ne convient pas exclusivement aux tumeurs du type Balzer.

Ce sont de petites tumeurs ne dépassant pas le volume d'un grain de riz, sessiles ou plus ou moins pédiculées, arrondies ou parfois légèrement acuminées, siégeant dans les régions où les glandes sébacées sont les plus développées. Mais l'un des caractères essentiels de l'affection, c'est la rigoureuse symétrie.

Ces petites tumeurs sont ou dures ou légèrement molles, absolument indolentes, aussi bien spontanément qu'à la pression. Plus fréquentes chez les femmes.

Leur coloration est variable; et à cette diversité de coloration correspondent des différences de structure telles que l'on peut d'après elle subdiviser ces tumeurs en deux types :

a) Le type Balzer, dont la coloration n'est pas différente de celle de la peau voisine, forme la plus rare.

b) Le type Pringle dont la coloration tranche nettement sur les téguments voisins et varie du rose jaunâtre au rouge jaunâtre et au rouge cramoisi. Les tumeurs de ce type sont aussi de consistance plus molle et les plus petites sont presque réductibles par la pression.

D'après tous les auteurs, les unes et les autres sont congénitales ; elles ont une évolution indolente, insidieuse, progressive. Leur progression n'est ni globale ni indéfinie : les unes restent pendant des années fort petites, les autres atteignent rapidement le volume d'un grain de riz, qu'elles ne dépassent pas. Cette évolution peut cliniquement les faire classer parmi les tumeurs bénignes. Mais si les adénomes sébacés symétriques de la face n'ont été jusqu'à présent observés qu'à l'état d'adénomes, c'est-à-dire de tumeurs essentiellement bénignes, histologiquement ils sont le premier stade des tumeurs malignes : épithéliomes et carcinomes.

Rien ne s'oppose à ce qu'ils en soient le premier stade clinique.

Histologiquement, les tumeurs du type Balzer sont ainsi consti-

tuées : sous un épiderme normal ou distendu, on voit des masses néoplasiques à type épithélial dont la division en lobules rappelle la forme lobulaire des glandes sébacées. Ces lobules sont eux-mêmes parsemés de cavités comprises dans les mailles serrées d'un réseau de tubes pleins anastomosés et ramifiés.

Dans le type Pringle, l'épiderme est extrêmement irrégulier, les couches profondes sont hypertrophiées, ainsi que le corps papillaire ; les vaisseaux des papilles et ceux du plexus sous-papillaire sont le siège d'énormes dilatations ; les éléments glandulaires sont plus nombreux, plus complexes.

Il n'y a aucun semblant de processus inflammatoire et une sorte de coque fibreuse limite le tout. Dans quel cadre nosologique doit-on placer les adénomes sébacés de la face ? Une étude très rapide des naevi permettra à O. Sagory de les classer dans cette affection.

Mais comment les différencier des hydradénomes éruptifs qui sont leurs voisins immédiats dans la classification des naevi. L'auteur emprunte à la thèse de Bernard (Paris, 1897, Jouve) la description de l'hydradénome et en arrive à cette conclusion que au point de vue clinique, les éléments de diagnostic entre les deux affections sont bien faibles. A part certains cas bien nets où la localisation est absolument différente pour les deux affections, bien souvent les sièges sont identiques et souvent, aussi, adénomes sébacés et hydradénomes ont les mêmes caractères de symétrie et de bénignité, rendant le diagnostic presque impossible autrement que par l'examen au microscope.

Quoi qu'il en soit, ces deux affections semblent se rattacher au même processus général d'adéno-fibromatose, processus que l'on s'accorde à reconnaître comme un stigmate de dégénérescence.

Au point de vue traitement, on doit d'abord écarter tous les agents caustiques chimiques, reconnus impuissants chez les adénomes sébacés symétriques de la face.

Les agents thermiques : thermo-cautère et galvano-cautère, l'électrolyse ont été employés avec succès dans le cas de tumeurs riches en télangiectasies et molles.

Si les tumeurs sont dures et énucléables, la curette est l'instrument de choix.

On a proposé aussi les courants de haute fréquence.

Pour O. Sagory, étant donné le caractère bénin de l'affection d'une part, et d'autre part le nombre parfois très considérable des tumeurs, l'abstention lui semble, dans la majorité des cas, préférable à l'intervention.

A. GROSSARD (de Paris).

IV. — Tumeurs malignes de l'isthme du gosier, leur extirpation par voie buccale, par COULET (Thèse de Nancy, 1911-1912).

Ce travail fut fait sous l'inspiration de Jacques, professeur de la clinique laryngologique. Il apporte, basé sur vingt-trois observations dont huit inédites (cinq de Jacques, une d'Aboulker d'Alger et une

de Gault de Dijon) de nombreuses précisions sur l'anatomie de la région latéropharyngienne, une description claire des types cliniques des tumeurs malignes de l'isthme, et surtout un procédé opératoire rapide, facile, efficace, non mutilant.

Longtemps et, peut-on dire, aujourd'hui encore, le principal motif d'abstention d'intervention par voie directe pour les tumeurs du pharynx fut la hantise des vaisseaux carotidiens. En réalité cette crainte n'est point fondée, les recherches de Rieffel, Testut et Jacob, Jacques et Durand, Gault s'accordent toutes à cet égard. Si, suivant ce dernier, « on incise la paroi postérieure du pharynx à un centimètre et demi de la ligne médiane et en même temps l'aponévrose prévertébrale, si on décolle les tissus en dehors et les charge sur un écarteur ; l'index reconnaît les points de repère suivants : colonne cervicale en dedans, apophyse styloïde en dehors, masse latérale de l'atlas en dehors et en arrière de l'apophyse styloïde.

On voit alors : en dedans la colonne vertébrale doublée des muscles prévertébraux. En dehors, la styloïde doublée du muscle stylopharyngien, en rapport avec le nerf glosso-pharyngien, qui le contourne en arrière, puis suit son bord postérieur et externe.

En arrière de ce muscle, en dedans de l'apophyse styloïde, on trouve l'artère carotide interne. *Elle est à 1 cm. au moins en arrière du plan frontal tangent à la face antérieure du corps des vertèbres cervicales, à égale distance entre la styloïde et la colonne vertébrale.* Le protecteur qui charge le pilier antérieur, charge aussi la carotide interne ainsi que la jugulaire et le pneumogastrique qui lui sont externes. » On ne pouvait plus utilement mettre en évidence ces notions anatomochirurgicales que d'ailleurs, la représentation de coupes sur sujet congelé par Durand et Jacques viennent corroborer.

La voie buccale n'est donc pas en principe une voie dangereuse.

Reste à démontrer que dans le cas particulier de tumeurs malignes elle offre des avantages et dans quels cas.

De l'étude faite par l'auteur de cette thèse ressortent quelques points capitaux à ce sujet ; les tumeurs malignes de l'oropharynx ne sont point rares, entre les cas non opérés et ceux qui le sont la différence de survie est de sept mois en faveur des derniers (Krönlein) ; la mortalité opératoire par voie indirecte est très considérable. Si l'on en excepte la forme à petites cellules qui est très rapide, le sarcome est le moins rapidement fatal ; l'épithéliome se développe aussi assez lentement, des lymphadénomes et lymphosarcomes sont très malins.

Le diagnostic de néoplasme étant posé après élimination des affections qui peuvent parfois donner le change : hypertrophie des amygdales, chancre syphilitique, végétations secondaires, gomme, tuberculose ; doit-on opérer ? à quel procédé faut-il avoir recours ?

Il est un premier groupe de cas où l'opération est à déconseiller. C'est celui où l'on se trouve en présence « de tumeurs infiltrées dans la base de la langue, faisant corps avec la branche montante et fusionnées avec une masse ligneuse de ganglions, comblant l'espace maxillo-pharyngien ».

Pour les cas opérables, quelle est la meilleure méthode ? La pharyngectomie externe a jusqu'ici été presque seule employée. Elle est un procédé dangereux et souvent inutile. En effet : l'incision jugale peut à peine donner un jour plus considérable que l'ouverture de la bouche ; la section du maxillaire demande une traction très grande pour un écartement très faible, la résection définitive donne lieu à un choc considérable, surtout chez les malades affaiblis. Il est assez difficile d'éviter la lésion des vaisseaux carotidiens et des nerfs de la région. Les complications post-opératoires sont de grande importance : suppuration de longue durée causant parfois l'ulcération de gros vaisseaux baignant dans le pus ; broncho-pneumonie fréquente, cicatrisation vicieuse du maxillaire, fistules salivaires ou alimentaires.

Nécessité fréquente d'opérations préliminaires : trachéotomie, ligature des vaisseaux carotidiens.

La mortalité opératoire est très considérable.

La pharyngectomie par voie orale « procure une survie exempte de phénomènes douloureux qui signalent l'envahissement du mal, elle soulage le malade, lui apporte un réconfort moral, cela sans l'exposer à un danger sérieux ». Par cette méthode, l'exérèse est aussi complète et moins périlleuse, la suite des observations rapportées dans ce travail montre en effet qu'il ne s'est jamais produit de *récidive locale*.

Est-ce à dire que la pharyngectomie par voie orale doit être toujours employée ? Non, car elle ne peut s'appliquer qu'aux néoplasmes limités. Son champ d'élection est décrit de la façon suivantes : En dedans le voile, en arrière le tissu prévertébral, en haut impossible si le néoplasme gagne la région tubaire, en bas impossible si le vestibule du larynx est infiltré ; en dehors généralement l'envahissement est tardif, en avant, la diffusion le long de la branche montante et sous la joue, interdit une opération radicale.

La nature extrêmement maligne des lymphosarcomes commande aussi l'abstention.

La technique opératoire est relativement simple. Après une désinfection aussi complète que possible du rhinopharynx et de la cavité buccale, l'absorption d'une potion de chlorure de calcium les jours précédant l'intervention, on pratique l'anesthésie locale (cocaïne ou novocaïne sans adrénaline) si la tumeur est très limitée, mais en général l'anesthésie chloroformique est préférable. Le malade est mis dans la position de Rose, un aide lui maintient la tête. Dans le cas seulement où le volume de la tumeur pourrait faire craindre l'asphyxie on fait extemporanément une trachéotomie, après l'opération on referme la plaie.

L'exérèse de la tumeur est simple pour les tumeurs bénignes et sera pratiquée au bistouri, le décollement se fera avec l'index, suivant le plan de clivage.

Pour les tumeurs malignes, après qu'une exploration minutieuse en aura déterminé les limites, la section du voile, le prolongement de l'incision sur la muqueuse de la face buccale permettent d'encer-

cler le néoplasme qui est disséqué le plus commodément avec des ciseaux à pointe mousse et courbés sur le plat.

C'est au moment du détachement de la masse principale de la tumeur que l'hémorragie doit être surtout envisagée. Compression, forcipressure et souvent, dans le cas de plaies longitudinales, apposition d'agrafes de Michel modifiées par Wagener et construites par Pfau.

Enfin, excision des prolongements et large cautérisation ignée des points suspects.

On suture ensuite au catgut successivement le voile, la muqueuse de la paroi pharyngienne, la base de la langue. Une mèche iodoformée comblerait la plaie persistante si la réunion ne peut être complète.

Les soins post-opératoires doivent être minutieux : lavages buccaux à faible pression (perborate, eau oxygénée) ; pulvérisations antiseptiques et alcalines.

Si l'hémorragie opératoire a été considérable : injection de sérum. Diète absolue pendant 24 heures, puis alimentation liquide par sonde œsophagienne passant par la fosse nasale du côté sain. Généralement au bout de 8 à 10 jours, l'alimentation est suffisamment facile pour que le malade quitte l'hôpital.

Suit dans ce travail la série des observations qui justifient point par point les opinions émises par l'auteur.

J.-E. MATHIEU (de Cannes-Challes).

V. — Fractures du nez et leur traitement, par I. TRÉMOLIÈRES (Thèse de Toulouse, 1910).

Ce travail intéressera les praticiens ordinaires et les spécialistes, car c'est un retour aux procédés simples.

Résultant toujours de causes directes la lésion nasale peut intéresser exclusivement ou simultanément les os propres, la cloison, le cornet inférieur et à titre exceptionnel l'apophyse montante du maxillaire, la lame criblée. On pourra constater : soit la luxation simple des os propres (son existence a été très discutée), soit la fracture seule, soit plus fréquemment la luxation et la fracture combinées. Quant à la cloison elle est fréquemment atteinte au niveau du cartilage et de la lame perpendiculaire. La luxation du cartilage se produit suivant son bord répondant au vomer ; sa rupture provoque l'hématome ou l'abcès en bissac (très fréquent).

La symptomatologie est parfois très fruste ; mais l'épistaxis, très abondante en cas de lésions de la lamé criblée, l'emphysème et la douleur nettement localisée caractérisent la fracture ; en l'absence de toute déformation externe ou intérieure appréciable. Cependant le diagnostic entre la luxation et la fracture restera souvent en suspens ; la résolution du problème n'est pas absolument indispensable. Tout le traitement réside en effet dans un bon redressement de la cloison qu'il s'agisse de luxation ou de fracture. Le déplacement corrigé n'a pas tendance à se reproduire en l'absence de toute

action musculaire pouvant s'exercer sur le nez. On n'aura donc recours que bien rarement aux appareils de contention fort ingénieux imaginés pour être placés dans la cavité endonasale; d'ailleurs l'intolérance habituelle de la muqueuse limite encore l'emploi de ces procédés. C'est l'appareil extérieur qui sera donc indiqué dans les cas rebelles; d'une exécution facile, l'auteur le considère comme le moyen de choix, grâce à l'emploi de gutta larminée en usage chez les dentistes. T. obtient une grande rapidité dans la confection de l'appareil, une mise en place rapide et définitive après une contention de quelques minutes. Légèreté, amovibilité, propreté, tels sont les avantages de l'appareil en gutta. Enfin les retouches sont faciles, et la résistance de la chaleur bien suffisante.

Quant au redressement en lui-même il exige pour être satisfaisant trois conditions : soulèvement de l'os affaissé, refoulement de l'os opposé soulevé, remise du septum en position normale. Pour arriver à ce résultat il n'est pas besoin d'appareils spéciaux; la curette de Volkmann ordinaire, et le dilatateur de Tripier qui figurent dans l'arsenal de tout praticien donnent toute satisfaction. L'anesthésie et l'ischémie locale à la solution coca-adréalinée permettront d'exécuter les manœuvres nécessaires, dont le détail est bien réglé. Le redressement immédiat serait le meilleur, mais généralement il sera différé par les circonstances; on ne le pratique alors que du 5^e au 8^e jour. Le redressement tardif ne sera conseillé que s'il n'y a pas de cal vicieux exubérant.

F. LAVAL (de Toulouse).

VI. — Recherche de rhinométrie clinique, par IRIÉ (Thèse de Toulouse, 1909).

De nombreuses pages sont consacrées d'abord à la physiologie de la respiration nasale. De l'étude critique de cette question il ressort que la respiration nasale est « la respiration idéale », et que la supériorité de cette dernière n'est autre qu'une question de synergie fonctionnelle; nez et appareil pulmonaire constituent un « attelage inséparable » expliquant les troubles respiratoires thoraciques des ozéneux à nez trop large par exemple.

La marche du courant d'air inspiratoire et expiratoire dans la fosse nasale est assez compliquée; elle varie d'après la forme de l'avant nasal; l'intégrité de la tête du cornet moyen, et de la queue du cornet inférieur est indispensable au fonctionnement normal de la respiration nasale.

Les affections susceptibles de provoquer l'insuffisance respiratoire nasale sont minutieusement passées en revue et classées de façon originale, de même que les troubles provoqués par ces lésions.

Les moyens propres à dépister l'insuffisance partielle, sont nombreux mais peu fidèles; l'examen direct des cavités, les sensations subjectives sont susceptibles de faire commettre les erreurs les plus grossières; les procédés simples (celui du drapeau ou de la main) sont trop imprécis; la rhino-hygométrie donne des résul-

tats trop variables et ne renseigne que sur l'expiration (procédé de Zwaademaker, Sandmann, Courtade, Glatzel).

La rhinométrie directe basée sur l'étude du courant respiratoire lui-même est incomparablement plus précise ; mais en général les divers spiromètres (Mendel, Jacobson, Douders, Zwaardemaker) sont surtout des instruments de laboratoire ; ce sont les appareils basés sur le principe des manomètres qui paraissent avoir les préférences de l'auteur, vu leur exactitude et les renseignements qu'ils donnent à la fois sur l'inspiration et l'expiration ; I. présente le rhino-manomètre d'Escat, sorte de petite boîte anéroïde de baromètre incluse dans une boîte métallique ayant à peine les dimensions d'une montre. A l'aide de cet appareil d'un maniement très facile l'auteur s'est livré à de très nombreuses expériences sur plus de 370 sujets qui lui ont permis de tirer quelques conclusions précises. Les résultats consignés sous forme de tableaux donnent des moyennes pouvant servir à connaître la valeur de la respiration nasale normale ; en outre un point fort important au point de vue physiologique a été mis en lumière ; contrairement à l'opinion classique qui considérait la pression expiratrice comme toujours supérieure à l'inspiratrice, l'auteur est arrivé à montrer que chez les enfants c'est au contraire la pression inspiratrice qui l'emporte nettement sur l'expiratrice au moins dans les $\frac{2}{3}$ des cas ; ce n'est qu'à partir de l'âge de 12 à 15 ans que les données classiques se vérifient.

F. LAVAL (de Toulouse).

V. — ANALYSES

I. — OREILLES

Les maladies des oreilles chez les enfants, par le professeur G. ALEXANDER (Supplément au « Traité des maladies de l'enfance », par PFANDLER et SCHLOSSMANN, chez Vogel, Leipzig, 1912).

A leur « Traité des maladies de l'enfance », Pfandler et Schlossmann ont ajouté plusieurs suppléments concernant les organes de sens. Au professeur G. Alexander a été confiée l'exposition des maladies des oreilles chez les enfants.

L'anatomie, l'histologie, la physiologie de l'organe auditif y sont tout d'abord exposées. Un grand nombre de planches rendent très claire cette description et l'on peut aborder ensuite avec fruit l'étude de l'acuité auditive, des épreuves de l'ouïe, du nystagmus et des diverses expériences sur le vestibule. Un chapitre spécial sur l'anesthésie locale clôt cette première partie du travail.

Dans l'exposé des affections de l'oreille externe, nous retiendrons surtout ce qui a trait aux malformations congénitales ou acquises du pavillon, aux dermatoses et aux corps étrangers du conduit.

Les maladies de l'oreille moyenne sont décrites avec un soin tout spécial; signalons l'otite du nourrisson, et les indications de l'ouverture de la mastoïde. Les otites suppurées chroniques sont divisées en simples et chirurgicales, l'ostéite chronique du rocher, les cholestéatome, etc., se rattachant aux dernières.

Un chapitre sur la surdi-mutité est accompagné de notions sur l'enseignement des sourds-muets.

Les affections du labyrinthe ont été l'objet d'une étude très intéressante basée sur les recherches anatomo-pathologiques modernes. On y trouvera bien décrites les labyrinthites séreuses et les labyrinthites suppurées, circonscrites et diffuses.

Les complications extra et intracrâniennes des otites contiennent une foule de détails instructifs, à signaler un article sur la ponction lombaire.

Nous recommanderons d'une façon particulière l'exposé des lésions auriculaires au cours des maladies infectieuses aiguës (panotite, surdité typhique, méningitique, etc...) et des maladies chroniques (tuberculose, syphilis, crétinisme, etc...).

L'ouvrage se termine sur une étude de la surdité chez les écoliers et sur quelques conseils aux maîtres d'écoles vis-à-vis des élèves à audition défectueuse.

De nombreuses planches illustrent ce livre dont nous ne saurions trop recommander la lecture; chaque chapitre finit sur un riche index bibliographique.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Oreille et diabète, par BRÜHL (*Deut. med. Wochens.*, n° 17, 1912).

La sécheresse de la peau du pavillon et du conduit est fréquente dans le diabète. La sécrétion du cérumen peut s'arrêter, la peau se desquame, il survient du prurit occasionnant toutes sortes de mani-

pulations dans le conduit. Mais la peau étant très susceptible d'infection dans le diabète, les petites lésions de grattage sont suivies de furoncles récidivants. Le diabète ne produit pas l'otite moyenne, mais celle-ci, quand elle survient chez le diabétique, acquiert une importance spéciale : il est fréquent de voir la mastoïde atteinte 8 à 15 jours après le début de l'otite ; la mastoïde subit une fonte souvent rapide, surtout quand le diabète est grave. Il peut y avoir absence totale et de douleurs et d'élévation thermique. Citons enfin les troubles auditifs de nature nerveuse survenant chez les diabétiques.

MENIER (de Decazeville).

Les exostoses du conduit auditif externe, par M. GIRMOUNSKY, de Saint-Petersbourg (*Journ. mens. russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, nos 5 et 6 avec 1 fig.).

Les exostoses sont dues soit à une croissance anormale des os pendant le développement et la période d'ossification du conduit auditif, soit à une périostite du conduit, consécutive à une otite moyenne purulente. Cette seconde origine est niée par Körner, mais d'après l'auteur on observe en clinique souvent une affection purulente ancienne de la cavité tympanique dans les cas d'exostose et l'influence de l'affection purulente est très probable sur la production des exostoses. Ces dernières se forment le plus souvent à la limite des portions osseuse et cartilagineuse. Chez un malade que l'auteur a pu observer pendant 16 ans il y avait 3 exostoses symétriquement placées dans les 2 conduits externes. L'ouïe était diminuée et le malade venait à la consultation chaque année ou tous les deux ans pour se faire enlever des bouchons de cérumen ; cette opération offrait d'assez grandes difficultés et ne pouvait être faite qu'à l'aide d'un tube très fin. Il n'y avait pas d'otite moyenne et ces exostoses symétriques semblent être dues à une anomalie de développement ; elles n'avaient pas augmenté de volume en 16 ans.

Dans un autre cas au contraire, le malade âgé de 37 ans, avait une otite purulente chronique depuis 16 ans et en 3 ans l'exostose avait tellement grandi qu'il fermait toute la lumière du conduit et l'on fut obligé de l'enlever sous anesthésie locale ; l'ouïe devint normale après l'opération.

M. DE KERVILY (de Paris).

Pathogénie de l'apophyse malaire en rapport avec les infections pyogènes de l'oreille moyenne, par CHIERICI, de Naples (*Pratica oto-rino-laringoiatrica*, 31 juillet 1912).

Dans le cas relaté par Chierici l'otite moyenne aiguë ne se propagea pas ni à la caisse, ni à la mastoïde ; en revanche il y eut une propagation directe vers la racine de l'apophyse malaire, rendue possible par des diverticules pneumatiques aberrants faisant suite à la paroi supérieure du conduit auditif ; il se forma un abcès secondaire et profond de la région de la joue. Ces cellules aberrantes sont assez rares, mais on les rencontre quelquefois et leur importance n'échappera à personne.

MENIER (de Decazeville).

Herpès zoster de l'oreille avec névrite du facial, du trijumeau et de l'acoustique, par O. MUCK, d'Essen (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, LXIV Band, 3 Heft).

Un malade de 24 ans se présente avec une paralysie faciale gauche, de violents bourdonnements d'oreille, du vertige, des douleurs intenses dans la moitié gauche de la tête, mais non pas dans l'oreille, et avec cela des vésicules d'herpès sur le pavillon, dans le conduit et sur la membrane du tympan qui est incisée par acquis de conscience sans résultat d'ailleurs. Voix chuchotée à 2 mètres, Weber du côté sain. Epreuve calorique négative.

Au bout d'un an il persiste encore une légère parésie faciale.

Cette inflammation polynévritique tient sans doute à des anastomoses entre le trijumeau, le facial et l'acoustique.

La paralysie faciale survenant toujours 2 ou 3 jours après le début de l'affection s'expliquerait peut-être par la formation de cicatrices herpétiques.

L. GIRARD (de Paris).

L'otite moyenne aiguë due au pneumocoque de Friedländer, son pronostic, son traitement, par J. ZANGE (*Arch. f. Ohrenheilk.*, t. 89, p. 1).

A la liste des observations déjà publiées sur la localisation auriculaire du bacille de Friedländer, Zange ajoute un cas personnel observé à la clinique de Wittmaack. Cette otite offre des caractères bien spéciaux, dus à la multiplication extraordinairement rapide du microbe, à la production de sécrétions abondantes avec une réaction très faible des tissus atteints. L'écoulement d'oreille est d'emblée mucopurulent, très riche en bacilles et en mucus, faible en éléments figurés et en fibrine. L'affection dès le début présente une allure insidieuse, pas de symptômes locaux bien marqués, la fièvre peut faire défaut et pourtant on peut bientôt observer des complications mastoïdiennes ou encéphaliques s'installant sournoisement sans grand fracas. Cette otite exige donc une surveillance de tous les instants et on devra être très réservé au début sur son pronostic. Il sera essentiel dès le début de l'affection de caractériser l'otite et de faire en temps voulu une opération précoce pour éviter les pires complications. Pour rechercher le microbe dans le pus de l'oreille, l'auteur recommande tout particulièrement la thionine. Les bactéries apparaissent en bleu foncé alors que la capsule se différencie en rouge violet. On sait déjà que Wittmaack recommande cette coloration pour bien mettre en évidence la capsule du streptococcus mucosus.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Diagnostic précoce et résultats opératoires dans la phlébite sinuso-jugulaire, par LAHAUSOIS (*in Ann. mal. or.*, n° 7, 1912).

La forme anatomo-clinique de la phlébite sinuso-jugulaire a une influence prépondérante sur le pronostic opératoire (Gibert). La précocité de l'intervention sera la meilleure chance de succès dans les cas graves (Toubert). La ligature de la jugulaire paraît utile à titre adjuvant, mais non indispensable dans la forme thrombo-phlébique, intéressant le golfe ou la partie supérieure de la jugulaire. Elle sera donc pratiquée seulement après diagnostic précoce de la forme anatomo-clinique et de l'étendue de la phlébite.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Otite moyenne suppurée chronique et cholestéatome,
par MANASSE, de Strasbourg (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, n° 25, 1912).

Le cholestéatome peut être primaire ou secondaire. Quand il existe avec une otite moyenne, on peut être dans le doute sur la relation étiologique. La symptomatologie n'indique pas lequel des deux processus est primitif. Si, par des signes diagnostiques incontestables, favorables, on pouvait arriver à reconnaître un cholestéatome primaire, il faut absolument faire l'opération radicale.

MENIER (de Decazeville).

Un cas de lymphangiome de l'oreille moyenne, par CONRAD STEIN (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. 89, p. 32).

Le lymphangiome de l'oreille externe sans être des plus communs est cependant bien connu. Le lymphangiome de l'oreille moyenne est une rareté. Seul, Politzer dans son traité des maladies de l'oreille, signale la possibilité de l'apparition de cette affection au cours d'otites suppurées chroniques, encore s'agirait-il de simples ectasies lymphatiques. L'observation de Stein est donc des plus intéressantes.

Il s'agit d'une femme de 43 ans présentant de la surdité et des douleurs dans l'oreille droite. La malade aurait eu autrefois une otite suppurée droite qui aurait guéri après 4 semaines avec retour complet de l'audition. Il y a 4 ans, apparition de douleurs d'oreille et gonflement du conduit. Retour de l'otorrhée qui dure 3 mois. En 1910, nouvelle suppuration, on trouve dans le conduit des masses polypeuses que l'on enlève par trois fois; fortes hémorragies. L'examen histologique des masses excisées montre leur nature lymphangiomateuse. Comme au cours de la même année la malade eut deux hémorragies spontanées par l'oreille, et que les polypes se développaient à nouveau, Stein hospitalise la malade en vue d'un évidemment pétro-mastoïdien. On trouve une apophyse scléreuse, un antré petit. Hémorragie modérée. Toute la caisse est bourrée de masses polypôides. Epidermisation en 11 semaines. Six mois après on aperçoit une petite récurrence de la grosseur d'une lentille que l'on excise et qui guérit rapidement. Deux mois après pourtant la tumeur récidive.

Au microscope la tumeur apparaît composée d'une charpente conjonctive contenant de nombreuses lacunes tapissées par un revêtement cellulaire analogue à un endothélium. Le contenu de ces lacunes est variable. Les plus petites sont vides, d'autres contiennent une assez grosse quantité de lymphes, quelques-unes très rares montrent des globules rouges. On y trouve également de grosses cellules géantes avec 6 à 10 noyaux.

En somme, il s'agit d'une néoformation partie des vaisseaux lymphatiques, et ayant quelques anastomoses avec les vaisseaux sanguins ainsi que semble le démontrer la présence d'un certain nombre de globules rouges. R.-J. POUGET (d'Angoulême).

L'opération radicale de la mastoïde à fin acoustique,
par RUEDA (*Boletín de Laringología*, etc., juin 1911).

Bien qu'on ait publié des observations sur ce sujet, on n'avait pas fait un travail de synthèse qui permit de connaître les résultats obtenus ; Rueda apporte plus de 20 opérations de ce genre qui, si elles sont insuffisantes pour établir des conclusions, lui ont néanmoins permis de porter un jugement assez favorable.

Le principe chirurgical sur quoi se fondent ces interventions ne peut être plus rationnel, car avec elles on fait la radicale tout en conservant et même en améliorant la fonction de l'organe.

On ne tenait pas compte de ce point de vue dans la radicale qui n'aspirait qu'à extirper en une seule fois tout le foyer septique et ensuite, par les difficultés de préciser exactement les limites des lésions, on trouvait plus simple de couper dans le sain.

Cette difficulté persiste dans l'opération acoustique qui n'est plus qu'un évidement total mastoïdien avec conservation de la caisse et, à cause de cela, on ne peut souvent la décider *a priori*, mais seulement après avoir réséqué la paroi externe de l'aditus et après avoir exploré la caisse et la chaîne ; si elles sont en bon état, on les conservera ; il en résulte une opération *acoustique*. Mais si les lésions s'étendent jusqu'à elles, on fera une opération qui sera alors un *évidement* habituel. Donc, comme le dit Rueda, l'opération de type acoustique est une intervention diagnostique et thérapeutique.

Rueda conseille, pour faciliter la guérison de ces opérés, un évidement mastoïdien externe et la résection large de la paroi postérieure du conduit ; la guérison radicale de la lésion se poursuit comme dans les cas d'*évidement complet* et la fonction est si améliorée parfois, que dans une observation l'audition à la montre augmenta de 0 à 0^m 40, et dans une autre de 0^m 10 à 0^m 25. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il est difficile de préciser à l'avance les indications ; mais en général cette opération peut être appliquée à tous les cas de tympano-mastoïdite. E. BOTELLA (de Madrid).

Otite des petits enfants, par ESCHWEILER (*Med. Klinik*, n° 33, 1912).

Eschweiler attire l'attention sur les signes de l'otite chez les enfants : ceux-ci portent le doigt dans l'oreille et remuent la tête ; si dans un tel cas on examine le pharynx et qu'on n'y trouve rien on peut penser à l'oreille ; le diagnostic otoscopique est très difficile à cause de l'étroitesse du conduit et de la réplétion de celui-ci par des matières diverses telles qu'épiderme desquamé, etc. En outre, en raison de l'épaisseur du tympan chez les enfants de un an, ce dernier ne participe pas aux inflammations de la caisse avec la même vivacité que plus tard. On a dans ces cas le droit de faire la paracentèse si l'examen des autres organes ne fournit aucune raison plausible expliquant la fièvre ; dans certains cas la paracentèse ne fait sortir que peu de pus et cependant la fièvre tombe ; ces cas sont fréquents. Dans le cas de perforation spontanée rapide, Eschweiler préconise l'eau oxygénée à la dose de 3 gr. 50 pour 100 grammes d'eau en instillations deux fois par jour au moins, dans l'oreille. On arrivera ensuite au traitement sec dès que la sécrétion aura diminué. Ne pas

hésiter à opérer sur la mastoïde dès que les signes d'une affection de cet os se manifestent.

MENIER (de Decazeville).

Mastoïdite primitive, par BOCK (*Tidsskrift for den norske lægeförening*, 1911, n° 8).

Une femme de 28 ans avait depuis 8 jours du gonflement et de la sensibilité à la pression de la mastoïde ; pas de symptômes du côté de l'oreille. Tympan normal ; à la trépanation on trouve des granulations dans la mastoïde, mais pas de pus.

Jørgen MÖLLER (de Copenhague).

Dilatation stomacale aiguë après trépanation de la mastoïde, par G. PETIT (*Gazette des hôpitaux*, n° 61, 1912).

L'auteur pense que dans ce cas la dilatation stomacale aiguë doit être attribuée uniquement à une irritation du pneumogastrique ou de ses rameaux ; il semble que le même ensemble symptomatique soit dû à la même cause dans les opérations abdominales.

MENIER (de Decazeville).

Considérations sur les techniques de la labyrintectomie, par FALGAR (*Revista española de laringología, otología y rino-logía*, Madrid, mai-juin 1912).

L'auteur passe en revue les différentes techniques, en s'appuyant sur neuf cas qu'il a eu l'occasion d'opérer. Il commence par dire qu'il préfère la gouge à la fraise parce qu'avec la première, sur 65 opérations, il n'a jamais eu d'échappées sur le facial ; il se demande s'il aurait pu en dire autant en se servant de la fraise. Avec le protecteur de Bourguet, on est sûr de ce que l'on fait.

L'auteur précise d'abord certains points anatomiques. Dans les deux types de vestibules, le vestibule oblique, commun, et le vestibule vertical, rare, ce qui importe, c'est que le facial passe toujours à trois millimètres du bord supérieur de la fenêtre ovale, et qu'il y a toujours deux à trois millimètres de l'aqueduc à la paroi supérieure du vestibule. L'auteur fixe ensuite les directions et les dimensions des diamètres du rocher, du facial, des canaux semi-circulaires, surtout de l'externe. Il fixe ensuite les positions du canal, haute et basse, enfin du limaçon.

Cela dit, il passe aux divers procédés qu'il divise en rétro-labyrinthiques, trans-labyrinthiques et mixtes.

Parmi les premiers, postérieurs, doit figurer le procédé de Jansen, périlleux à cause du voisinage du pétéreux supérieur et du golfe de la jugulaire entre lesquels il faut passer ; aussi l'auteur recourt-il de préférence au procédé de Neumann, moins dangereux.

Dans les seconds, antérieurs ou antéro-externes, doivent être rangés les procédés de Hinsberg (1902), de Botey (procédé de 1903) et de Bourguet (procédé de 1903) dont le premier ne précise pas le point d'attaque, dont le deuxième menace le facial et dont le dernier est insuffisant parce qu'il ne draine pas le labyrinthe postérieur.

Dans les troisièmes enfin, les mixtes, l'ouverture est antéro-externe et postérieure. C'est d'abord le procédé de Frey-Hammerschlag qui

résèque en bloc les semi-circulaires et pénètre au-dessous du facial dans le vestibule; c'est ensuite le procédé de Hautant qui ouvre le vestibule en avant et fait une contre-ouverture postérieure pour créer un tunnel; puis le procédé de Uffenorde qui ouvre d'abord l'aqueduc de Fallope avant d'ouvrir le labyrinthe, procédé peu pratique; puis le deuxième procédé de Bourguet (1909) dont la largeur d'intervention paraît exagérée à l'auteur; enfin le deuxième procédé de Botey qui se rapproche singulièrement de celui de Hautant.

L'auteur, dans les opérations qu'il a faites, s'est surtout conformé aux circonstances allant de la simple résection des extrémités ampullaires jusqu'au procédé le plus radical de Hautant, l'ouverture de la fosse cérébelleuse.

Il rapporte intégralement ses neuf observations, montrant qu'il faut s'adapter aux divers cas, s'attachant surtout à poursuivre les lésions dans leurs localisations et leur étendue.

B. DE GORSSE (de Luchon).

Un cas d'endothéliome du temporal, par FROUING, assistant de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Académie pour la médecine pratique de Cologne (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, LXIV Band, 3 Heft).

Il existe des endothéliomes hémorragiques et des endothéliomes lymphatiques. Les premiers sont les plus fréquents et c'est d'un de ceux-là qu'il s'agit ici.

Malade de 36 ans. La maladie dure depuis 3 ans. Au début, bourdonnements d'oreille, suivis bientôt de surdité. Ce n'est qu'au bout de 3 ans que les douleurs, le vertige et une parésie faciale apparurent. Le conduit auditif est rempli par une tumeur ressemblant à un polype banal; il en sort un pus fétide; l'apophyse mastoïde est douloureuse à la pression.

On décide de pratiquer un évidement pensant à une otite chronique banale compliquée de mastoïdite. L'incision cutanée saigne abondamment, hémostase difficile. La paroi postéro-supérieure du conduit enlevée, on tombe sur une masse occupant le conduit, la caisse du tympan, l'antre. On essaie de la libérer, mais on a une hémorragie si abondante, surtout du côté de la paroi antérieure du conduit, que l'on doit y renoncer. Huit jours après on pratique la ligature de la carotide et de la jugulaire et on extirpe la tumeur dans une mare de sang. Elle paraissait insérée du côté de la trompe d'Eustache et du canal carotidien. Guérison. Pas de récurrence au bout de 7 mois.

L. GIRARD (de Paris).

Contribution expérimentale à la ponction du cerveau, par Desiderius DÖRNER (*Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-rhinologie Festschr. f. prof. Onodi*, p. 528, 1912).

L'auteur énumère, d'après Reinking, les dangers qui peuvent résulter de la ponction du cerveau: la blessure des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale et des fibres du centre ovale, la blessure des ganglions centraux et du ventricule latéral; celle des gros vaisseaux; le transport de germes pathogènes; la production d'un prolapsus

cérébral. Il envisage la fréquence et la gravité relatives de ces diverses complications et les moyens de les éviter. C'est surtout la question des adhérences entre l'arachnoïde et la dure-mère qui a fait l'objet de ses recherches. Si la ponction est faite à travers une telle adhérence, on évite l'infection méningée. Il y aurait donc lieu de faire naître artificiellement ces adhérences, lorsqu'elles n'existent pas, avant de pratiquer la ponction, ainsi que l'a proposé Macewen.

Les expériences sur les animaux faites par Miodowski pour rechercher les moyens les plus pratiques de créer ces adhérences, auraient montré que celles-ci peuvent être provoquées par l'interposition pendant quelques jours d'un tampon imbibé de teinture d'iode entre la dure-mère et l'os (Voir analyse de ce travail dans ces *Archives*, 1909, p. 316 et 718). L'auteur a lui aussi institué quelques expériences sur des chiens dans le but d'établir une comparaison entre les différentes méthodes de ponction et de contrôler aussi les résultats de Miodowski.

Le minimum de lésion fut obtenu quand on ponctionna avec une aiguille fine ; la trace de la ponction n'était indiquée que par une diminution de consistance de la substance cérébrale. La ponction avec le scalpel causait par contre une forte lésion, reconnaissable à des granulations, des corpuscules de graisse, des caillots sanguins. Dans la ponction avec une aiguille large et mousse, on ne trouvait jamais d'hémorragie, mais la substance cérébrale montrait çà et là une décomposition granuleuse. Dans la ponction avec le couteau et la pince, il y avait une forte hémorragie et une destruction granuleuse étendue de la substance cérébrale. Dans ce cas le ventricule latéral et le ventricule moyen étaient remplis de caillots, l'épendyme n'était que partiellement sain, l'épithélium du plexus choroïde montrait un commencement de nécrose par coagulation.

Ainsi que l'a recommandé Reinking, les aiguilles larges avec mandrin sont préférables aux fines qui ne peuvent laisser écouler un pus épais et dont la lumière sans mandrin se bouche par de la substance cérébrale.

En ce qui concerne la question des adhérences arachnoïdiennes ; un simple badigeonnage à la teinture d'iode n'avait aucun résultat ; mais si on laissait en contact avec la dure-mère pendant 1 ou 2 jours un tampon imbibé de cette solution, l'examen histologique montrait une inflammation aiguë avec un exsudat fibrineux renfermant beaucoup de polynucléaires, et dans beaucoup de préparations on trouvait même une inflammation circonscrite accentuée avec nécrose de la dure-mère et nécrose superficielle de la substance cérébrale. Après un séjour plus prolongé du tampon, l'inflammation évolue vers une transformation fibreuse de l'exsudat avec néoformation de capillaires.

Dans deux cas où l'auteur pratiqua une ponction avec une aiguille souillée d'une émulsion de staphylocoques à un endroit où le tampon iodé était resté deux jours sur la dure-mère, il n'y eut dans un cas aucune suppuration et dans un autre une méningite et encéphalite circonscrite. Cette expérience serait en faveur de l'emploi de la tein-

ture d'iode, cependant l'auteur ne la considère pas comme convaincante parce que la culture bactérienne était de virulence faible, qu'elle ne causa pas de suppuration chez un autre chien et qu'au surplus l'infection méningée ne se produit pas dans la plupart des cas de ponction.

Comme conclusion, l'emploi de la teinture d'iode pour créer des adhérences arachnoïdiennes présenterait des dangers qui doivent en faire rejeter l'emploi.

E. HÉDON (de Montpellier).

II. — NEZ ET SINUS

Déformation extérieure du nez par polypes et par le Gondoules tropiques, par H. BURGER (avec 13 fig.) (*Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie*. Festschr. f. Prof. Onodi, p. 313, 1912).

On trouve assez rarement mentionnées dans la littérature les modifications de la forme extérieure du nez causées par les polypes. Lévy dans sa thèse de doctorat de 1903 en communique une vingtaine de cas, et Zarniko dans son manuel de 1910, n'en signale pas plus de 24 cas.

Cependant cette complication des polypes nasaux doit être bien plus fréquente que ne semblent l'indiquer ces chiffres. L'auteur en communique un exemple remarquable en ce que la déformation se rencontrait chez trois enfants d'une même famille de paysans, deux garçons âgés de 9 et 10 ans, et une fille de 11 ans. Les polypes nasaux avaient commencé à se développer 3 ans auparavant, amenant une obstruction totale des fosses nasales. Chez les trois, et plus prononcée chez la fille, la déformation consistait dans l'aplatissement et l'élargissement du squelette osseux du nez, résultant de la présence de deux tumeurs arrondies s'étendant de chaque côté de l'angle interne de l'œil vers le maxillaire supérieur; tumeurs lisses, de consistance osseuse, insensibles à la pression et recouvertes d'une peau normale.

Cette déformation est différente de celle qui se rencontre aussi dans les polypes nasaux, où la pression développée à l'intérieur des fosses nasales amène la déhiscence des os du nez. Ici il y avait néoformation de tissu osseux.

Pour ce motif l'auteur rapproche son observation des cas décrits par la pathologie exotique sous le nom de Gondou ou Anakhré (ce qui dans le langage des nègres de l'ouest de l'Afrique signifie « gros nez »). Le Gondou, dont la première description est due à Macleud (1895), débute ordinairement dans le jeune âge par des douleurs de tête et une sécrétion muqueuse et sanguinolente; alors se développent des deux côtés du nez des tumeurs qui commencent près de l'angle interne de l'œil et s'étendent le long de l'apophyse montante du maxillaire supérieur jusqu'à un travers de doigt au-dessus du rebord alvéolaire. Ces tumeurs symétriques, osseuses, se développent très lentement, et peuvent atteindre un énorme volume, jusqu'à recou-

vrir les yeux. La pathogénie en est encore très obscure et l'auteur indique les suppositions que l'on peut faire à ce sujet.

E. HÉDON (de Montpellier).

Céphalalgies d'origine nasale avec uniquement symptômes du côté des yeux, par GREENFIELD SLUDER, Saint-Louis (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1912).

L'auteur dans ce travail ne s'occupe que des troubles d'accommodation de la vue, d'asthénopie, qui se produisent lorsque le canal naso-frontal se trouve obstrué, en laissant de côté les suppurations du sinus.

La céphalalgie est généralement frontale, et, sans atteindre l'acuité de celle de la sinusite aiguë, elle est augmentée par la moindre fatigue de la vue.

Il y a de la sensibilité à la pression au niveau de l'insertion de la poulie du grand oblique (signe d'Ewing) ; lorsque c'est le labyrinthe ethmoïdal qui est en cause, cette sensibilité à la pression est localisée au niveau de l'os planum.

Les douleurs de tête qui sont sous la dépendance d'une affection du labyrinthe postérieur et du sinus sphénoïdal sont plutôt occipitales ou pariétales.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes causes susceptibles d'obstruer plus ou moins le canal naso frontal : l'hypertrophie du tubercule de la cloison, avec ou sans déviation de cette cloison, la déviation ou l'hypertrophie du cornet moyen, le gonflement de la muqueuse du méat moyen à la suite de coryza.

Le traitement devra viser à supprimer ce gonflement des tissus, et par suite l'emploi des astringents est ici tout indiqué. L'auteur s'est bien trouvé des solutions de nitrate d'argent à 2 pour 100. Lorsque ces moyens médicaux ne suffiront pas, la résection d'une partie plus ou moins grande du cornet moyen sera nécessaire, en y adjoignant dans certains cas la résection du procès unciforme.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Traitement des ulcérations syphilitiques du nez en 1820, par Alexandre PAGENSTECHER (*Dermatologische Zeitschrift*, mai 1912 p. 420).

Dans les papiers de son grand-père qui fut médecin vers cette date Pagenstecher a trouvé la notice suivante sur le traitement des ulcérations spécifiques du nez. On fait fumer un mélange de tabac et de cinabre et le malade souffle la fumée vigoureusement par les narines. On prend une à deux drachmes de cinabre pour 1/4 de livre de tabac pur ou 3 à 4 grains pour un cigare. Le cinabre est mélangé avec de l'eau et on en imbibe le tabac. Le tabac une fois sec a un goût très agréable et les ulcérations disparaissent rapidement. On ne dit pas s'il survenait des manifestations mercurielles accessoires.

MENIER (de Decazeville).

Recherches sur la nuée sèche obtenue par la méthode d'inhalation Stefanini-Gradenigo, par STEFANINI (*Archivio ital. di otologia*, 1912).

La nuée de l'appareil d'inhalation recueillie sur une lame de verre bien séchée au bec de Bunsen, mais froide, fut observée au microscope ; elle est formée de granules cristallins, mais jamais de gouttes liquides. Les granulations de la nuée sont toutes de dimensions non-supérieures à 10 μ , beaucoup sont plus petites et varient de 1 à 6 μ .

Les expériences faites pour l'étude électrique de la nuée montrent que les granulations les plus grosses s'électrisent positivement, et celles qui prennent l'état négatif sont les plus fines et les plus hygroscopiques. Quant aux dimensions les plus convenables des granulations de la nuée pour les inhalations, il vaut mieux s'en tenir à la nuée formée de granules de 1 à 8 μ ou 12 μ au plus. Il est inutile de produire une nuée plus fine car elle pénètre dans les alvéoles du poumon ; la nuée plus grosse et humide n'irait pas dans les dernières voies de l'arbre respiratoire et pourrait servir seulement pour le traitement local du larynx, du pharynx et des cavités nasales. L'auteur a aussi étudié les propriétés optiques des sels minéraux de l'eau de Salsomaggiore ; il a fait l'analyse spectroscopique et chimique de la nuée.

Enfin, il a fait une comparaison entre l'intensité du traitement salin-ioduré fait dans les salles d'inhalation de son système et celui fait sur le bord de la mer. Il résulte des expériences que, abstraction faite (bien entendu) du coefficient apporté au traitement marin par le soleil, les plaisirs, le mouvement, etc. l'absorption des sels minéraux par la cure d'inhalation est bien plus intense, par comparaison avec ce qui se passe sur le bord de la mer. [Le traitement par inhalation peut être d'autant plus efficace, si on pense qu'il permet de doser à volonté les éléments actifs qu'on croit utile de faire pénétrer dans les dernières voies de l'arbre respiratoire, et, partant, dans le sang, sans qu'ils ne subissent aucune modification ni ne produisent aucun des troubles qui se produiraient si on les introduisait dans l'organisme.]

U. CALAMIDA (de Milan).

Dent surnuméraire dans la cavité nasale, par K. ORLÉANSKY (*Journ. mens. russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, nos 5 et 6 avec 1 fig.).

Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui présentait au milieu du palais un orifice faisant communiquer la bouche et le nez. Sur le bord antérieur de cet orifice on voit une dent dont la couronne est dirigée en bas et en avant dans la bouche. La perforation palatine était due à une gomme syphilitique ; la dent qui était auparavant dans la cavité nasale descendit vers la bouche lorsque la gomme dégénéra. Il faut noter que les dents implantées sur le bord alvéolaire des mâchoires ne présentaient aucune anomalie dans leur forme et dans leur nombre.

La dent surnuméraire fut extraite ; elle avait la forme d'une canine et avait 2 centimètres de long. M. DE KERVILY (de Paris).

Un cas de sarcome mélanique du nez, par Georges WILKINSON F. R. G. S. (*The journal of Laryng., rhinol. and otology*, janvier 1912. Vol. XXVII).

Observation. — H. J. 52 ans, se présente à l'hôpital royal de Sheffield, le 4 novembre 1910, se plaignant d'une « grosseur » dans le nez, maux de tête frontaux assez violents depuis 2 ans, obstruction nasale gauche allant en augmentant depuis 18 mois. Suppuration assez abondante, teintée de sang, depuis 3 mois seulement, pas d'hémorragie.

A l'examen, une masse de couleur rouge foncée remplit la narine gauche repoussant en dehors les parties molles. Infiltration de la peau de l'aile du nez, remontant au-dessus du maxillaire supérieur. Naso-pharynx libre, sécrétion derrière les choanes, côté gauche opaque. Pas d'œdème de l'orbite pas de ganglions ni de pigmentation de la peau.

On fait une prise pour examen microscopique. Le professeur Béalita de l'Université de Sheffield, déclare qu'il s'agit d'un sarcome mélanique.

Opération le 16 novembre 1910. Ablation du maxillaire supérieur gauche avec les parties molles du côté gauche du nez. Ablation de la peau recouvrant l'aile du nez avec une largeur de 5 centimètres de joue et de lèvre supérieure. Ulcération de la cloison à 5 centimètres en dedans de la narine, à l'endroit où la tumeur avait fait compression. Muqueuse infiltrée, cartilage érodé. Points noirs disséminés dans la muqueuse sur la surface de contact avec la tumeur.

Ablation de toute la muqueuse du côté gauche de la cloison et de toute l'épaisseur de la cloison sur une distance de 5 centimètres autour du foyer de l'ulcération. Opération plastique. L'aile du nez est restaurée au moyen d'un morceau pris sur la joue. Insuccès, un trou reste entre l'aile du nez et la joue. Nouvelle opération plastique qui échoue encore. Une pièce de prothèse ferme la perte de substance du palais. Pas de récédive, état général bon mais déformation du nez et cicatrice très visible.

La tumeur se compose de 3 parties : 1° Une tumeur sessile consistante, ronde qui fut cause de l'infiltration des parties molles du nez, des parties adjacentes de la joue et de la lèvre supérieure ; 2° Un polype allongé, lisse, brillant, de couleur noire, sombre, s'étendant en arrière presque jusqu'à la choane ; 3° L'infection du septum déjà décrite.

Histologie. — A la coupe, différentes cellules de sarcome, presque pas de stroma, pas de structure alvéolaire. Bancs de cellules moitié sortantes, moitié rentrantes, autour de cellules polygonales. Pas de cellules géantes. Grand noyau segmenté. Pigmentation diffuse sur toute la surface de la coupe. Peu de vaisseaux.

L'ulcération de la cloison est de même nature que la tumeur.

On admet généralement que le sarcome débute dans certaines cellules de la peau ou de la choroïde et quelquefois dans les muqueuses nasales et buccales. On les appelle chromatophores.

Intérêt pathologique et chirurgical du cas. — L'évolution a été lente, les maux de tête ont duré deux ans, l'obstruction nasale

dix-huit mois ; celle-ci était peut-être secondaire à un polype envahi postérieurement par les cellules sarcomateuses. Le point de départ est vraisemblablement au voisinage de la jonction de la peau du vestibule avec la face externe du nez. J. LABOURÉ (d'Amiens).

Nouvelle contribution à l'étude de la chirurgie du nez,

par Ludwig LÖWE (*Monats. f. Ohrenh.*, LXVI, 7 Heft, S. 889).

Mise à nu de la région du chiasma, de l'hypophyse et de la région interpedonculaire avec plastique de recouvrement immédiate.

La voie buccale et la voie nasale ont déjà tenté plusieurs auteurs pour aborder la région hypophysaire. Schloffer, Hochenegg, Moskowitz, Hirsch ont déjà décrit leurs procédés. Mais la plupart des auteurs ont vite reconnu l'inconvénient qu'il y avait à laisser la cavité crânienne ouverte dans un nez qui sécrète toujours abondamment après une intervention. Beaucoup se sont ingéniés à vouloir recouvrir l'orifice de trépanation, mais il semble que la plupart des techniques décrites soient surtout théoriques. Du moins le procédé indiqué par Löwe semble-t-il possible.

Deux voies d'accès permettent d'attaquer la région : la voie buccale, la voie nasale. Nous décrirons un peu longuement la voie buccale, car la voie nasale n'en est qu'une modification.

Avant l'opération, le malade reçoit une injection de scopomorphine pour tarir provisoirement la sécrétion salivaire. Position de Rose. Anesthésie générale d'après Kuhn. Injection de novocaïne-adrénaline dans la cloison et le plancher du nez, dans la voûte palatine et le palais mou. Il est indispensable avant l'opération de faire une radiographie de la face qui donne très exactement la situation et l'étendue du sinus sphénoïdal, ainsi que ses rapports avec la selle turcique, la cloison nasale, l'ethmoïde, etc.

1° Incision médiane de la voûte palatine jusqu'à la seconde moitié du palais mou.

2° Rugination jusqu'au bord alvéolaire. On sépare alors la face nasale du palais mou de son insertion au bord postérieur de la branche horizontale du palatin. On obtient ainsi à droite et à gauche un lambeau formé en avant d'une seule face muqueuse (buccale) et en arrière de deux faces muqueuses (buccale et naso-pharyngienne). Deux écarteurs donnent maintenant une vue excellente de l'os palatin, du toit du naso-pharynx, des orifices tubaires et de la paroi postérieure du pharynx ;

3° Ablation à la gouge de l'extrémité postérieure du palais osseux (artères incisives et palatines antérieures) ;

4° Décollement facile des deux muqueuses du vomer et incision jusqu'au tubercule pharyngien ;

5° Ablation des trois quarts postérieurs du vomer ;

6° Trépanation de la face inféro-antérieure du sinus sphénoïdal ; destruction de la cloison intersinusienne ;

7° Curettage de la muqueuse du sinus, même si elle est saine ;

8° Trépanation de la selle turcique et ablation de la tumeur ;

9° Plastique immédiate. On emploie à cet effet la muqueuse d'une

des faces du septum et du plancher du nez correspondant. L'auteur emploie de préférence le côté gauche. La muqueuse gauche est incisée le long de la paroi subsistante du vomer. Parvenue au plancher du nez, l'incision se redresse à angle droit jusqu'à la paroi latérale du nez où elle se redresse à nouveau à angle droit jusqu'au bord postérieur du palais osseux. On obtient ainsi un volet à charnière supérieure, long de 4 centimètres et large de 2 cm. 5. La face cruentée de ce volet est appliquée dans la cavité sphénoïdale gauche. Le sinus étant d'ordinaire petit, ce lambeau gauche suffit généralement pour amener une bonne obturation de l'orifice de trépanation ; si le sinus était très grand on emploierait au même usage le lambeau droit ;

10° On peut interrompre ici l'opération et laisser cicatriser en place les lambeaux de muqueuse. Dans une séance ultérieure on suture la voûte palatine et on traite la cloison nasale. Pour ce dernier point on utilise le lambeau nasal droit.

Ce procédé peut être employé pour la simple trépanation du sinus sphénoïdal. On utilisera à cet effet les 7 premiers temps de l'opération. La plastique sera identique. On pourra de même employer les 5 premiers temps de l'opération pour la mise à nu simultanée des 2 cavités nasales principales.

La voie d'accès par la cloison nasale est la méthode que Hirsch fit connaître au troisième congrès de rhino-laryngologie de Berlin. Löwe y a ajouté la fermeture de l'orifice de trépanation. Les préparatifs et la position du malade sont les mêmes que précédemment. On débute par la section du voile du palais au niveau de son insertion sur le bord postérieur de la branche horizontale du palatin. On pratique alors la décortication de la face par un Rouge agrandi que l'on prolonge jusqu'au niveau de la section du voile du palais. Puis nous retombons dans l'opération précédente, temps 4, résection du vomer, etc., la plastique est identique.

L'opération sur le vivant dira quelle est la meilleure de ces deux voies d'accès.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

La rhinite caséuse, par J. HÉCHÉLINE (d'Odessa) (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 12).

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 27 ans qui vint consulter pour des céphalées et l'impossibilité de respirer par la moitié gauche du nez. A l'examen, on constate une hypertrophie de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. La tuméfaction ne disparaît pas après le badigeonnage par la cocaïne-adrénaline.

L'auteur voulut enlever les tissus hypertrophiés au moyen d'une pince tranchante mais, dès l'ablation du premier fragment, il sortit du pus caséux d'odeur fétide. En continuant à enlever le cornet inférieur, il sortait du pus après l'ablation de chaque fragment. En rassemblant toute la masse de substance caséuse, on avait un volume égal à celui d'un œuf de poule. La malade se sentit immédiatement soulagée, après avoir souffert pendant plusieurs années.

L'auteur a observé encore deux cas où la sécrétion purulente a été

retenue dans le conduit nasal inférieur dans l'un des cas et dans le conduit moyen dans un autre cas. Au sujet de l'étiologie et de la bactériologie de cette affection et sur le rôle que joue le streptotrix alba, l'auteur cite les travaux des différents auteurs sur ce sujet.

M. DE KERVILY (de Paris).

Malformations de l'appareil olfactif chez l'homme, par PERNA (*Livre jubilaire du Professeur Augusto Murri*, 1912).

L'auteur décrit une malformation consistant dans l'absence congénitale et bilatérale de tout le tractus olfactif trouvée chez un jumeau de 11 mois mort de broncho-pneumonie et qui *intra vitam* avait présenté de la paralysie du facial et de l'atrophie du globe oculaire gauche. L'auteur estime que la malformation en question est le résultat d'un développement incomplet de la portion cérébrale de l'appareil olfactif.

MENIER (de Decazeville).

Correction des malformations du septum nasal par la rhinotomie sous-labiale, par F. KRETSCHMANN (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. 89, page 61).

Voici la technique opératoire indiquée par Kretschmann :

Une demi-heure avant l'opération, pratiquer une injection de morphine et de scopolamine.

Avant l'incision pratiquer rapidement un badigeonnage de cocaïne à 15 % et d'adrénaline sur la cloison et le plancher des fosses nasales. Puis infiltrer la muqueuse du septum et le plancher du nez avec une solution de novocaïne à 2 % et d'adrénaline. Injection de la même solution dans le pli gingivo-labial jusqu'à la première molaire.

Un aide relève la lèvre supérieure et on conduit une longue incision de la première prémolaire droite à la première prémolaire gauche. L'incision va d'emblée jusqu'au périoste. Rugination du périoste, badigeonnage de la face cruentée de la partie supérieure de l'incision avec la solution de cocaïne à 15 % et réclination vers le haut avec l'écarteur. On aperçoit maintenant à droite et à gauche de la ligne médiane, une membrane tendue du bord inférieur de l'ouverture des fosses nasales et dans la direction de l'écarteur ; cette membrane nous présente sa face périostée, en son centre se distingue la saillie de l'épine nasale antérieure. Cette saillie nous amène au cartilage quadrangulaire entre les deux feuillets de la muqueuse. Bientôt apparaît la pointe nacrée du cartilage quadrangulaire ; on est maintenant bien certain que l'on se trouve entre les deux muqueuses du septum. Le décollement de la muqueuse au niveau de l'épine nasale est souvent hérissé de difficultés car il y a parfois des adhérences intimes entre l'os et les parties molles. La perforation de la muqueuse pourra donc aisément survenir. Pour l'éviter, le plus simple, une fois l'épine nasale bien reconnue, est de diviser celle-ci sur la ligne médiane en deux portions avec la gouge et de séparer chaque fragment de la muqueuse correspondante. Cette partie délicate de l'opération achevée, le reste de la muqueuse de la cloison se laisse très facilement décoller. On aperçoit à ce moment les

deux muqueuses faire une forte saillie au cours des mouvements respiratoires. On peut continuer le décollement aussi loin que nécessaire depuis l'insertion de la cloison jusqu'au dos du nez si cela est utile.

La cloison est maintenant bien libérée de ses parties molles, et on va commencer sa résection. On en conservera le plus possible, à condition toutefois que le résultat fonctionnel ne s'en trouve pas faussé. C'est ainsi que l'on enlèvera les saillies angulaires un peu fortes, qu'elles soient osseuses ou cartilagineuses. Ici on pourra trouver des adhérences assez solides entre ces crêtes et la muqueuse, on appliquera avec succès le procédé signalé plus haut pour l'épine nasale antérieure ou bien on pratiquera au-dessus et au-dessous de la crête, du côté opposé à sa saillie, une large fenêtre, on isolera ainsi complètement la crête qui restera seule adhérente à la muqueuse et que l'on extraira toute seule ensuite par quelques mouvements de torsion. Toutes ces manipulations sont grandement facilitées par le vaste champ opératoire que donne la voie sous-labiale.

D'ailleurs toutes les crêtes, toutes les déviations n'exigent pas leur excision totale. Souvent la pince pourra effectuer un redressement un peu forcé parfois, mais on comprend que ces réductions soient bien préférables à une extirpation pure et simple de la portion déviée. Pour l'os on se servira de préférence de la gouge à queue d'hirondelle.

Maintenant on effectuera la révision de la plaie. Hémostase, extirpation de petits fragments osseux ou cartilagineux, mise en place correcte des parties redressées. On contrôlera le résultat par la rhinoscopie antérieure. Il peut arriver que la muqueuse de la cloison, ne trouvant plus les crêtes osseuses pour s'y appuyer devienne trop large et se plisse. On peut, dans ces cas, réséquer un fragment de la muqueuse d'autant plus qu'il se formera en ce point un lieu de drainage pour les épanchements sanguins éventuels.

Kretschmann, après diverses tentatives, est revenu au tamponnement post-opératoire des fosses nasales. Ce tamponnement a pour lui certains inconvénients qui disparaissent devant ses avantages évidents. Il préserve des hémorragies tout d'abord ; il empêche tout épanchement de sang entre les deux feuillets décollés de la muqueuse ; il maintient en place les fragments redressés. Il ne faut point en conséquence que ce tamponnement soit trop lâche. Le plus simple est de se servir de gaze humide qui se laisse modeler plus aisément.

Kretschmann au début considérait avec Rouge, Lossen et d'autres que la suture était inutile. A l'heure actuelle, il suture toujours et ne draine jamais.

Au bout de 24 heures on enlève un premier tampon des fosses nasales. le second tampon est enlevé 24 heures après. Si par hasard on voyait reparaitre une luxation de la cloison, on prolongerait le tamponnement jusqu'à obtention de la réduction parfaite.

Il est d'usage qu'un fort gonflement de la lèvre supérieure survienne après l'opération. Ce gonflement disparaît seul. Le cinquième jour, ablation des points de suture de la lèvre.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Traitement des sinusites frontales par voie endo-nasale, par Maurice DENIS (in *Ann. mal. or.*, n° 6, 1912).

L'originalité de la méthode consiste en la création d'une large ouverture allant du sinus frontal à la cavité nasale pour permettre aux sécrétions de s'écouler aussi facilement que librement et aux agents modificateurs de pénétrer aisément dans la partie malade.

Après un historique très complet de la médecine opératoire, l'auteur s'appuie sur l'anatomie pour démontrer la possibilité d'aborder le sinus frontal par la voie nasale et sur l'histologie pathologique pour décrire les diverses formes de son inflammation.

La technique opératoire des procédés employés avec l'instrumentation imaginée par Vacher varie suivant deux cas : 1° le cathétérisme du sinus est facile ou possible avec une sonde ou un stylet coudé passant par le canal naso-frontal élargi ou par un orifice de communication artificiel à travers la masse ethmoïdale ; 2° le cathétérisme du sinus est impossible (nez plus ou moins étroit, cornet moyen volumineux, infundibulum inabordable). Dans ce dernier cas le premier des 4 temps du manuel chirurgical qui comprend le déblayage doit être fait très minutieusement à grand renfort de cocaïne-adréraline, tandis que le temps d'exploration est impossible.

Aux objections assez nombreuses qu'a soulevées la méthode (voie dangereuse et aveugle, etc.), les faits cliniques répondent tout d'abord victorieusement, entre des mains prudentes et exercées ne lui demandant pas plus qu'elle n'est susceptible de donner, par deux avantages précieux : les opérés ne sont ni déformés ni mutilés, et le danger que court l'opérateur habitué aux voies endonasales n'est pas comparable aux périls de la route externe. Le dernier chapitre comprend nécessairement la mise au point des indications basées sur une douzaine d'observations classées sous trois chefs : sinusites non compliquées, sinusites compliquées, sinusites combinées ou polysinusites. Résultats aussi encourageants d'ailleurs par la voie endonasale.

FAIVRE (de Luchon).

III. — LARYNX

Sur l'action de quelques glandes à sécrétion interne sur le développement du larynx, par GHERARDO FERRERI, (*Monatsschr. Ohrenh. u. Laryngo-Rhinologie. Festchr. f. Prof. Onodi*, p. 541, avec 10 fig., 1912).

Après avoir rappelé les relations qui existent entre le développement du larynx et celui des organes sexuels, l'auteur ajoute que le moment est venu de s'occuper des influences que doivent exercer aussi sur l'organe de la voix les sécrétions internes du thymus et de l'hypophyse. Pour amorcer l'étude de cette question il a chez des poulets choisis comme animaux d'expérience, étudié histologiquement les modifications que subit le larynx sous l'influence du développement et aussis ses altérations après la castration et l'ablation du thymus. Ces recherches, qu'il ne considère que comme un premier

essai préliminaire, l'ont amené à constater comme fait nouveau que l'extirpation du thymus cause des altérations laryngées. Sur trois poulets opérés, l'un mourut aussitôt, les deux autres survécurent et furent sacrifiés au bout de deux mois. Le périchondre et le cartilage ne montraient aucune altération; par contre des altérations assez apparentes se rencontraient dans l'épithélium, la musculature et le système glandulaire. Elles consistaient dans une riche infiltration de cellules rondes.

E. HÉDON (de Montpellier).

Sur la sensibilité du larynx, par A. IVANOFF (de Moscou)

Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez, 1911, n° 9.

L'auteur a fait des expériences pour déterminer la sensibilité normale du larynx et l'a étudiée par différentes méthodes. Il a observé qu'on peut distinguer quatre formes de sensibilité : tactile, douloureuse, calorique et réflexe. Chacune de ces formes possède un appareil nerveux spécial, car dans différentes affections du système nerveux, on voit disparaître soit l'une ou l'autre de ces sensibilités, soit différentes combinaisons. Le larynx perçoit non seulement le contact, mais il est aussi capable de distinguer le caractère du corps qui le touche (pinceau, sonde métallique, tampon d'ouate). Le sujet en expérience localise bien le côté droit ou gauche où son larynx est touché, mais il ne peut pas distinguer avec précision la hauteur où l'on produit le contact.

La sensation de douleur est différente selon les régions du larynx; la localisation de la douleur ne se distingue pas de la localisation tactile.

La température entre 25° et 35° est indifférente pour le larynx. Au-dessous de 25° il y a une sensation de froid. Un objet à plus de 35° paraît tiède; au-dessus de 70°, il est chaud. Aux environs de 25° et 35°, le larynx peut distinguer des variations de un degré. A mesure qu'on s'éloigne de ces températures, les variations sont moins nettement perceptibles, et le sujet est à peine capable de distinguer les températures de 60° et 64°.

L'auteur étudie ensuite les excitations qui sont capables de provoquer différents réflexes comme la toux et la fermeture de la fente vocale, puis il discute certaines opinions du prof. Massei au sujet de cette question.

M. DE KERVILY (de Paris).

Le traitement de la tuberculose du larynx et plus particulièrement de la dysphagie, par Aurelius RÉTHI (*Monats. f. Ohrenh.*, XLVI, 7 Heft, S. 910).

Si nous voulons combattre la dysphagie des tuberculeux du larynx, nous devons lutter contre l'hypersensibilité des nerfs laryngés. A cet effet, plusieurs modes de traitement sont à notre disposition :

I. Administration des analgésiques communs qui agissent sur le centre nerveux qui perçoit la douleur (morphine, pantopon, etc.).

II. Traitement des lésions laryngées.

1° Traitement général (roborants, cure de silence, diététique, hydrothérapie, etc.);

2° Traitement spécifique (tuberculine, hétéol, etc...);

3° Traitement local :

a) anesthésiques ;

b) photothérapie ;

c) méthode de Bier ;

d) application locale de caustiques ;

e) galvanocaustie, chirurgie endolaryngée ;

f) chirurgie exolaryngée.

III. Suppression de la continuité nerveuse.

1° Injection de substances chimiques ;

2° Section des nerfs.

Parmi les analgésiques, la *morphine* joue le rôle principal, mais son action locale est nulle, en somme cette médication ne serait que palliative ; de plus il faut en être très économe et l'ordonner tout d'abord par la bouche en réservant les injections pour le stade ultime. Réthi signale le *pantopon*, médicament nouveau qui lui a donné d'excellents résultats. Il cite également l'*antipyrine*, le *pyramidon*, la *dionine*.

Mais si la dysphagie devient inquiétante, il vaudra mieux attaquer directement les lésions laryngées. Il serait désastreux de vouloir s'en tenir seulement au traitement conservateur. Pourtant certains auteurs recommandent simplement la cure rigoureuse de silence, la discipline de la toux, et un bon traitement général. D'autres ajoutent à cela quelques applications locales de médicaments, la photothérapie, l'hyperhémie de Bier. On sait d'autre part que la grossesse donne généralement un coup de fouet à la tuberculose du larynx, et que l'on a proposé, soit la stérilisation de la malade, soit l'avortement précoce.

E. Meyer a été un des chauds partisans de la *tuberculine*, il a vu par elle la guérison de lésions du larynx superficielles. Il combine la tuberculine au traitement endolaryngé dans les cas de larges ulcérations. Certains auteurs emploient également la tuberculine en applications locales.

Le sérum de Marmoreck, de Jakob, de Maragliano auraient donné des résultats encourageants.

Körner emploie à sa clinique l'*iode* et le *mercure*. Réthi concède que l'iode qui est à la fois résolutif et anticatarrhal peut donner quelques succès, mais il désavoue complètement le mercure qui donne de l'amaigrissement, qui débilite et qui permet de ce fait la progression des lésions. Si la syphilis et la tuberculose sont combinées, la syphilis peut se trouver jugulée par le traitement mercuriel, mais la tuberculose n'en est aucunement influencée.

L'*arsenic* n'agit que sur l'état général ; c'est loin d'être un spécifique des lésions tuberculeuses. Il en est de même du *salvarsan*. Réthi qui l'appliqua dans un cas d'association de syphilis et de tuberculose, vit les lésions syphilitiques disparaître et les lésions tuberculeuses s'aggraver.

Landerer a préconisé les injections d'*Hétéol* intraveineuses qui

amènent une leucocytose active. Il a pu voir de ce fait la fièvre tomber, la toux diminuer, etc. Ce médicament a besoin d'être précisé. On a vanté également la créosote, le gaiacol, le thiocol, etc.

La thérapeutique locale de la tuberculose du larynx est restée longtemps limitée à la *morphine* et ses dérivés. Puis elle s'adjoignit le *menthol* et la *cocaïne*. Ce dernier médicament rend incontestablement des services considérables, mais s'il agit rapidement, son action est des plus fugaces, aussi ne peut-on guère l'employer que chez les malades hospitalisés.

Un nouveau produit, la *coryfine*, est à l'étude et peut donner de bons résultats. L'*orthoforme* exerce sur les terminaisons nerveuses une action paralysante, il calmera la douleur de la dysphagie si on l'applique dans le larynx. Fröhlich a pu constater cependant que l'*orthoforme* transforme l'oxyhémoglobine en méthémoglobine, aussi peut-on voir apparaître dans certains cas des signes d'empoisonnement : vertiges, frissons, urticaire, gangrène locale, etc. Réthi n'a cependant jamais observé rien de tel.

L'*anesthésine* qui ne contient pas comme l'*orthoforme* des phénols est un excellent produit. Tout récemment on a introduit dans la thérapeutique le *cycloforme*. Il est à la fois anesthésique et désinfectant. Ces deux propriétés en font un médicament précieux.

Tous ces produits ont sur la cocaïne le gros avantage d'être moins solubles et d'avoir de ce fait une action moins fugace.

Baumgarten associe l'*anesthésine* à la *coryfine* ou le *cycloforme* à la *coryfine*. Il a pu obtenir ainsi une action anesthésiante d'une durée variant entre 10 et 16 heures. Kassel associe le menthol à l'*anesthésine* en inhalations. (A suivre.)

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Sérum de Beraneck, galvanocaustique et rayons X dans la tuberculose du larynx, par SIEBENMANN (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, t. CXVI, 1912).

Les résultats du sérum de Beraneck furent négatifs; l'auteur est revenu à la galvanocaustique qui est pour lui le meilleur traitement qui lui a donné 26 % de guérisons. Avant la cautérisation, il faut enlever à la pince coupante les parties infiltrées. Les rayons X échouent dans les ulcérations, mais donnent de bons résultats dans les tuberculoses fermées.

MENIER (de Decazeville).

Contribution à l'étude des tuberculoses latentes (tuberculose du larynx), par MASSEI (*Archivio ital. lar.*, juillet 1912).

Parmi les formes latentes de tuberculose l'auteur signale celle du larynx. Les difficultés du diagnostic peuvent être vaincues par l'examen direct et l'éducation du peuple, en ce qui regarde la confiance dans le médecin.

Si parfois, elle a un caractère bénin, elle mérite d'être reconnue de bonne heure pour qu'on puisse faire à temps le traitement adéquat, pour supprimer, en éloignant le malade des fonctions publiques, le foyer infectant ou le rendre inoffensif grâce aux règles adoptées par lui une fois convenablement éduqué. Les sanatoria et dispensaires

ne suffisent pas ; un problème tout aussi grave est celui de l'entretien des familles des malades qui en assuraient la subsistance par le travail.

U. CALAMIDA (de Milan).

Contribution à l'étude de la laryngite suffocante des enfants, par M. FERRANDO (*Archivos de rinologia, laringologia y otologia*. Barcelone, avril 1911).

Le travail de Ferrando est basé sur douze observations de laryngite suffocante qu'il a eu l'occasion de traiter à Palma de Majorque. Toutes se rapportent à des enfants de 2 à 6 ans, et bien que dans deux des cas, la maladie ait pu être considérée comme idiopathique, dans les autres cas, elle fut consécutive à la rougeole, à de l'amygdalite hypertrophique, à de l'adénoïdite et à de la bronchite.

Les lésions locales ne purent pas être décelées dans tous les cas, à cause de la difficulté de l'examen, soit direct, soit réfléchi, chez les enfants; mais dans certains cas, l'auteur put apprécier avec le spatule de Kirstein, en plus des lésions catarrhales communes de la muqueuse bucco-pharyngée une infiltration sous-muqueuse du tissu cellulaire sous-glottique.

Le symptôme qui forme presque à lui tout seul le cadre nosologique est la sténose dont l'intensité est variable, et peut parfois débiter avec une telle force qu'elle exige de façon immédiate la trachéotomie; la toux férine, bien que fréquente, peut faire défaut en certains cas.

La durée moyenne de la maladie est d'un mois; ce sont les cas qui affectent une marche subaiguë; il en est d'autres dans lesquels le cycle est de moins longue durée et qui peuvent être considérés comme de forme aiguë; d'autres enfin ont une marche chronique avec réchauffements; ces derniers ont été observés chez des enfants qui avaient de l'hypertrophie des amygdales et des végétations, les crises de réchauffement coïncidant avec des poussées aiguës d'amygdalites et d'adénoïdites.

Le traitement médical est peu efficace; il faut recourir au tubage ou à la trachéotomie; depuis longtemps, le tubage est préférable, mais il exige une plus grande surveillance de la part du médecin et il faut craindre que la permanence prolongée de tube n'engendre des ulcères par décubitus.

Des 12 observations, dans deux cas la guérison survint sans intervention; trois furent tubés et le tube enlevé au bout de 5 jours; sept furent trachéotomisés; de ces sept, trois avaient été tubés, mais les accidents asphyxiques se représentèrent quand on enleva le tube avec une telle intensité qu'ils exigèrent la trachéotomie rapide comme dans les 4 autres cas.

Il n'y eut dans ces 12 observations qu'un cas de mort dû à un des trachéotomisés, par manque de surveillance et obstruction de la canule par des mucosités consistantes.

Le diagnostic différentiel avec le croup est difficile au début à cause des difficultés de l'examen, ainsi que cela arriva dans cinq des observations où l'on fit préventivement une injection de sérum de Roux; l'analyse microbiologique donnera la solution du problème.

Il est plus facile de distinguer cette affection de l'œdème de Quinke, de la laryngite striduleuse et du spasme de la glotte.

Les recherches expérimentales de Ferrando faites avec un larynx de chien ont confirmé que les endroits où le larynx se laisse infiltrer et produisent la sténose, sont les replis aryéno-épiglottiques, les bandes ventriculaires, la membrane crico-thyroïdienne et la région hypoglottique.

B. DE GORSSE (de Luchon).

Le pronostic de la tuberculose du larynx, par VON RUCK d'Asheville (*New-York med. journ.*, 17 août 1912).

L'auteur estime que chez les tuberculeux du poumon, il existe plus souvent qu'on ne le croit des altérations tuberculeuses du larynx, qui, au début, peuvent passer inaperçues à cause de l'absence des symptômes, d'où nécessité de l'examen du larynx chez tout tuberculeux. Les épaissements qu'on regarde souvent comme catarrhaux sont tuberculeux et le laryngologiste doit alors ausculter son malade. Traitée à temps la tuberculose du larynx n'a pas un pronostic plus mauvais que celle du poumon. MENIER (de Decazeville).

Pseudo-récidives après extirpation de carcinomes du larynx, par le Professeur V. HINSBERG, de Breslau (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, LXIV Band, 3 Heft).

Quand on a extirpé par une laryngo-fissure un carcinome du larynx on voit habituellement la surface cruentée endolaryngée se couvrir de granulations qui font bientôt place à une cicatrice lisse et prenant l'aspect d'une corde vocale en position cadavérique. La voix revient tout en restant un peu sourde.

Mais il peut survenir des récidives. Il en est de vraies, il en est aussi de fausses, et c'est celles-ci qui nous intéressent ici.

Sur 8 opérés, Hinsberg a observé 4 fois cette pseudo-récidive. Schématiquement, voici ce qui se passe. Pendant la guérison de la plaie endo-laryngée après une période de mieux on voit apparaître sur cette plaie une excroissance notable qui donne tout à fait l'impression d'une récidive de la tumeur. La voix qui commençait à revenir disparaît de nouveau, et l'on se demande si une nouvelle intervention ne serait pas nécessaire.

Mais si l'on fait un examen microscopique de cette néoformation on ne trouve que des éléments de tissu conjonctif, et pas de trace de carcinome.

Les malades de Hinsberg où fut observée cette pseudo-récidive ont guéri parfaitement et la guérison se maintient depuis plusieurs années.

On conçoit qu'il importe de connaître ces faits pour éviter au malade une deuxième intervention inutile.

Une fois pourtant un malade ayant une granulation extrêmement abondante de la plaie endo-laryngée, l'examen microscopique ne décèle que du tissu conjonctif, et il s'agissait pourtant d'une récidive. D'où il ressort que la clinique ne doit pas céder le pas au laboratoire, mais se servir de celui-ci simplement pour l'éclairer.

L. GIRARD (de Paris).

IV. — PHARYNX

Gangrène primitive du pharynx, par LETO (*Arch. ital. otologia*, fasc. 4, 1912).

Observation de gangrène primitive du pharynx, observée chez une fillette de 4 ans ; la marche fut grave. Le traitement se basa sur les antiseptiques locaux, en faisant d'abondantes irrigations pharyngiennes à la solution à 1 pour 5000 de permanganate de K et des attouchements directs des zones nécrosées au tachiol à 1 0/0. La malade guérit.

L'examen par culture des produits du pharynx fit développer d'abondantes colonies de streptocoques avec quelques rares diplocoques gros. Le streptocoque, injecté aux cobayes, ne fut pas virulent.

U. CALAMIDA (de Milan).

Sur les polypes fibreux nasopharyngiens ; lieu et mode de leur implantation et leur traitement, par P. HELLAT (*Journ. mens. russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n^{os} 10 et 11).

L'examen histologique montre que les polypes naso-pharyngiens sont de nature fibreuse, et cependant leur évolution clinique les rapproche des tumeurs malignes. Ils provoquent un grand nombre de troubles fonctionnels comme la déformation nasale, l'exophtalmie, des hémorragies, de la dyspnée et de la dysphagie, des troubles dans des organes des sens, de l'insomnie. Ils peuvent guérir spontanément soit à la suite d'une dégénérescence graisseuse, soit par rupture du pédicule. Après une ablation partielle on a observé quelquefois une involution régressive.

Après l'étude des caractères de ces tumeurs, l'auteur passe en revue les différentes interventions qui ont été faites : d'abord les interventions non sanglantes comme les cautérisations et l'électrolyse, puis les interventions sanglantes par voie nasale, voie buccale ou voie transfaciale avec résection du maxillaire supérieur. Les récidives se produisent environ dans 50 % des cas.

Le mode d'anesthésie présente une grande importance dans les opérations sur le pharynx ; le masque pour la chloroformisation ou l'éthérisation étant très gênant, l'auteur donne la préférence à l'anesthésie par l'hédonal en injection ; le sommeil est tranquille, il n'y a pas de vomissements ni de congestion de la tête et des voies respiratoires. Cependant ce procédé n'est encore employé que depuis peu de temps et le prof. Appel sur 70 anesthésies a eu un cas de mort par pneumonie par suite d'aspiration dans une opération de cancer de la langue.

M. DE KERVILY (de Paris).

Résultats de l'énucléation des amygdales, sur une série de 53 cas pris au hasard¹, par J. H. H. PEARSON, M. B.,

1. Rapport pour les années 1910 et 1911 du service oto-laryng. de l'Infirm. Royale d'Edimbourg (Chefs de Service : A. LOYAN TURNER, M. D. F. R. C. S. E. F. R. S. E.)

Assistant (*The Journ. of laryngol. rhinol. and otol.*, n° 5, Vol. XXVII).

D'abord le *procédé opératoire* : Anesthésie locale à la novocaïne, chez malades âgés de 16 ans et plus, anesthésie générale au chloroforme chez tous les autres. La tonsille est d'abord harponnée avec une pince, puis avec une paire de ciseaux pointus, courbés sur le plat, le pli triangulaire est sectionné juste au ras du pilier antérieur. Piliers antérieurs et postérieurs sont séparés soit avec les ciseaux, soit au besoin avec l'index.

La section est achevée avec un bistouri long et courbe.

Indications opératoires. — Dans 42 cas il y avait eu amygdalites répétées soit lacunaires, soit parenchymateuses. Dans 7 cas il y avait eu formation d'abcès. Des amygdales enchâtonnées étaient associées dans 2 cas avec du catarrhe de l'oreille moyenne, et dans un cas avec de la chorée.

Une jeune fille âgée de 16 ans, avait eu 5 attaques de rougeole, la dernière à 13 ans. Elles n'ont pas reparu. Dans 2 cas, l'opération était tournée contre des ganglions cervicaux tuberculeux.

Effets immédiats de l'opération. — La plupart des malades exprimaient d'eux-mêmes leur bien-être. Quelques-uns souffraient de dysphagie en moyenne une semaine. D'autres avaient une sensation de brûlure dans la gorge et une autre dans le cou.

Effets sur la voix. — La voix n'était pas changée dans 32 cas. Dans 19 cas, les patients croyaient leur voix devenue plus forte et plus claire.

Deux fois, l'opération amène une intonation nasale.

Effets sur le chant. — Sur les 10 chanteurs de la série, 9 étaient amateurs et un professionnel. Les premiers trouvaient leur voix plus forte et plus claire. La professionnelle, car c'était une femme qui s'était fait opérer un an auparavant, se déclarait dans les mêmes conditions sauf que sa voix « craquait » dans les hautes notes, mais attribuait ceci à un défaut d'entraînement.

Conditions physiques de la gorge. — En tout il a été fait 98 opérations car quelques malades n'avaient qu'une amygdale. La fermeture de la plaie opératoire se fait par des procédés différents :

1° par aplatissement des deux piliers contre la paroi pharyngée latérale ;

2° un des piliers reste libre, l'autre se fusionne à la paroi pharyngée ;

3° les deux piliers et la fosse amygdalienne sont conservés.

D'autres détails ont été notés, comme l'affaissement du voile du palais dans 34 cas, une asymétrie du palais avec déviation de la luette dans 19 cas ; la présence de bandes cicatricielles et de taches où la rétention de particules nutritives fut suivie de fermentation.

En définitive on peut conclure, que le résultat final de cette opération dépend surtout du soin avec lequel on ménage les tissus à structure délicate qui avoisinent l'amygdale. J. LABOURÉ (d'Amiens).

Fibro-myxome très volumineux de la cavité naso-pharyn-

ryngée, par SANTIUSTE (*Boletín de Cirugia*, Santander, octobre 1910).

Cas intéressant par les grandes dimensions de la tumeur et par les troubles respiratoires qu'engendrait sa motilité.

Femme de 44 ans qui, depuis 10 à 12 ans, commença à noter de l'obstruction nasale du côté droit et ensuite une sensation de gêne dans la gorge. Son médecin constata l'existence d'une tumeur de la gorge qui relevait le rebord du voile; procédant à son extirpation il en enleva un grand morceau, ce qui fit disparaître la gêne de la gorge, mais non l'obstruction nasale. Cela dura deux ans au bout desquels le malade se retrouva dans la même situation qu'avant d'être opéré: il eut enfin de graves attaques asphyxiques, ce qui le décide à venir consulter Santiuste.

Examen: Tumeur allongée, lisse, rouge, mobile, qui descend jusqu'à l'épiglotte en s'appuyant sur l'espace glosso-épiglottique, mais quand elle remue, elle obstrue le vestibule laryngé et empêche la respiration. Par le toucher digital, on voit qu'il n'y a pas d'adhérences dans le pharynx et que l'implantation est antéro-supérieure. Par rhinoscopie antérieure, on voit que la néoplasie occupe toute la fosse nasale droite sans qu'on puisse préciser son implantation.

L'évolution de la tumeur, l'absence d'adhérences, la consistance, la mobilité, etc., font poser le diagnostic de fibro-myxome.

L'extirpation se fait sous anesthésie cocaïnique et par voie naturelle naso-pharyngée, avec les pinces de Kuhn guidées avec le doigt; le pédicule était mince et l'hémorragie fut minime; le prolongement pharyngé fut extirpé à l'anse froide et on put voir alors que l'insertion de la tumeur était à l'angle supéro-interne de la choane droite.

Les dimensions de ce polype étaient de 9 centimètres de long sur 3 de large, et l'analyse microscopique confirma le diagnostic clinique.

E. BOTELLA (de Madrid).

Inflammation chronique des amygdales palatines et traitement, par PIFFL, de Prague (*Prager med. Wochenschrift*, n° 27, 1912).

Ce travail a une valeur particulière parce que, par contraste avec les publications d'allures très subjectives des autres auteurs, surtout au point de vue du traitement de l'amygdalite chronique, il traite les choses d'un point de vue plus élevé, et parce qu'il reproduit les idées auxquelles tout laryngologiste raisonnant tant soit peu sainement doit aujourd'hui s'associer. L'auteur divise l'amygdalite chronique en deux formes: l'hyperplasie telle qu'elle existe surtout dans l'enfance et la forme chronique avec formations de bouchons sans hyperplasie, telle qu'on la rencontre chez l'adulte et qui amène plutôt l'atrophie. L'auteur fait ressortir ici que toute une série de troubles dus à cette affection sont méconnus attribués à la pharyngite chronique et traités comme tels, et que le diagnostic de pharyngite chronique deviendrait bien plus rare si on prenait pour principe d'examiner soigneusement l'amygdale. En ce qui concerne les infections secondaires de l'amygdalite chronique, l'auteur résume les affections rentrant dans

le groupe dit rhumatismal ainsi que la relation de l'appendicite avec la tonsille ; comme il s'agit de choses connues nous n'insisterons pas sur cette partie du travail. Au point de vue physiologique, Piffi regarde l'amygdale comme un organe hématopoïétique en rapport avec l'édification de l'organisme jeune, ce qu'indique le fait qu'un peu plus tard elle subit l'involution. Ce qui est plus important c'est l'exposé du traitement où l'auteur défend le point de vue suivant. Dans l'hyperplasie tonsillaire de l'enfance, la tonsillotomie antique conserve toujours ses droits (on sait qu'il y a cependant des auteurs partisans de l'opération radicale même pour cette forme). Dans l'inflammation chronique de l'adulte, il faut essayer d'abord le traitement conservateur qui consiste en dissection avec ablation ultérieure des lobules créés par cette manœuvre (morcellement) ; si cela n'amène pas au but, la tonsillectomie est indiquée. D'après Piffi, les indications de cette opération sont les suivantes : 1° Echec du traitement conservateur, surtout dans la forme purulente ; 2° Engorgements ganglionnaires ; 3° Angines fréquentes et phlegmons péri-amygdaliens avec atteinte de l'état général ; 4° Infection générale par crises ou infection d'autres organes.

Piffi fait l'opération de la manière ordinaire, mais il met en garde contre une exécution dans le cabinet ou en polyclinique. Nouvelle aussi est la proposition d'introduire dans tous les cas deux sutures à travers les piliers et de les laisser sortir par la bouche sans les nouer. Si une hémorragie survient, on peut, à tout moment, lier rapidement les fils sur un tampon de gaze iodoformée, tandis qu'on enlève les fils s'il n'y a pas d'hémorragie.

L'auteur parle par parenthèse du traitement du phlegmon péri-tonsillaire et il prohibe strictement l'incision précoce si souvent faite.

R. IMHOFFER (de Prague).

V. — BOUCHE

Un cas de gangrène de la bouche, terminé par la mort, à la suite du traitement de la malaria par le Salvarsan, par J. DRITSKY, d'Odessa (*Roussky Vrach*, 7 juillet 1912, n° 27).

Le 21 janvier 1912, le Dr V. entra à l'hôpital avec température élevée, faiblesse générale et gangrène de la bouche. Depuis l'âge de 15 ans ce malade était atteint de malaria, diagnostic confirmé par l'examen microscopique du sang. En 1911 la malaria présenta une évolution grave, et le traitement par la quinine et le bleu de méthylène ne donna pas d'amélioration. Aucun signe de syphilis. Le 19 décembre 1911 on fit une injection intraveineuse de 0,6 de Salvarsan ; la température monta à 39°. Dès le 3^e jour après l'injection l'état du malade devint plus mauvais : faiblesse générale, tuméfaction du foie et de la rate, et apparition de petits abcès sur la face interne de la joue gauche. Ces petits abcès confluèrent et il y eut de la gangrène des tissus. La température se maintenait aux envi-

rons de 39°. L'ulcération s'agrandit les jours suivants et atteint la lèvre supérieure. On proposa une seconde injection de Salvarsan, mais le malade se sentant trop faible, la refusa.

Le 2 février, la langue se tuméfia et il apparut sur le côté droit deux ulcérations. Le malade devenait de plus en plus faible et mourut le 4 février. Il semble que le Salvarsan ait produit chez ce malade de la nécrose dans une région de moindre résistance, car, avant l'injection, il se formait parfois dans la bouche des phlyctènes qui disparaissaient généralement rapidement.

M. DE KERVILY (de Paris).

La réimplantation des dents, par HOFFERDAHL (*Medizinische Klinik*, n° 31, 1912).

Même après plusieurs jours et surtout immédiatement on peut faire avec succès la réimplantation des dents enlevées par extraction erronée ou par suite de traumatisme. On conservera la dent dans la solution physiologique de sel marin, on raccourcira l'extrémité radiculaire et on mastiquera le canal radiculaire par le trou de l'apex après ablation de la pulpe. On supprimera les bourgeons qui seraient dans l'alvéole et on enlèvera les parties nécrosées de la racine. La dent implantée dans l'alvéole sera fixée par des ligatures ou par tout autre moyen. Ces dents sont capables de fonctionner en général au bout de 2 à 4 semaines.

MENIER (de Decazeville).

Nouvel instrument pour ouvrir sans danger les abcès de la cavité bucco-pharyngée, par METZIANU (In *Bull. de Laryngol.*, avril 1911).

L'auteur qui ne paraît pas connaître le procédé de Killian pour l'ouverture de la fossette sus-amygdalienne, ayant eu l'occasion d'agrandir avec une pince de Kocher une ouverture déjà faite au thermo sans résultat, et d'amener par ce deuxième procédé l'évacuation du pus, a fait construire une pince perforante et coupante « l'apostymotome bucco-pharyngien ». Cet instrument qui donnerait entière satisfaction dans tous les cas, paraît devoir remplacer complètement le bistouri dans l'ouverture des collections bucco-pharyngées.

F. LAVAL (de Toulouse).

Le sigmatisme, par FEIN (*Wiener mediz. Woch.*, n° 34, 1912).

Dans le sigmatisme la langue lors de la prononciation des S est repoussée vigoureusement entre les arcades dentaires ouvertes de sorte que l'air sort de façon explosive soit entre les brèches de la denture soit entre la langue et les dents. Fein a trouvé que beaucoup de sujets atteints de sigmatisme attirent, lorsqu'ils prononcent un S, leur lèvre supérieure en bas par-dessus les incisives, à la façon des flûtistes. Il s'agirait là d'un mouvement volontaire quoique pas tout à fait conscient. Les sujets font cela dans l'intention de dissimuler leur vice de prononciation ; les enfants ne présentent jamais cela.

MENIER (de Decazeville).

Les adamantinomes, par CORYLLOS (in *Ann. mal. or.*, n° 5, 1912).

Les tumeurs des mâchoires d'origine dentaire doivent être séparées des tumeurs des dents à proprement parler (dentomes).

Toutes les tumeurs des mâchoires d'origine dentaire dérivent de la prolifération du bourgeon épithélial qui, issu, chez le fœtus de la muqueuse gingivale s'enfonce dans le tissu conjonctif sous-gingival et constitue l'ébauché des organes adamantins.

Quel que soit l'aspect clinique de ces tumeurs elles reconnaissent toutes, comme origine, l'hyperplasie des cellules de cette enclave épithéliale; cette prolifération intéresse tantôt un organe adamantin en évolution, tantôt les restes atrophiés du tractus gingivo-adamantin formés par les débris paradentaires. Le tissu conjonctif ne joue dans la formation de ces tissus, qu'un rôle secondaire.

Les tumeurs des mâchoires d'origine dentaire contiennent toutes ou ont contenu à un moment donné du tissu épithélial, composé de cellules qui peuvent être du type malpighien, cubique ou adamantin (cellules étoilées et cylindriques). Le plus souvent ces trois types se trouvent réunis dans la même tumeur.

Ces tumeurs présentent, malgré les différences de leur aspect clinique, de telles analogies de structure, d'histogénèse et d'évolution clinique, qu'elles constituent un groupe homogène et nettement défini. Le terme d'adamantinomes englobe *toutes les tumeurs d'origine dentaire*, sauf les dentomes ci-dessus désignés à part.

Cette conception nouvelle a permis de classer, d'après leur structure, plus simplement et plus logiquement, avec homogénéité, les tumeurs des mâchoires sans compter que, au cours des récidives, on note souvent le passage d'une forme à l'autre, que le pronostic est le même, en ce sens que la généralisation n'a pas lieu, mais que les récidives sont sûres et certaines si l'ablation n'est pas complète et large, que le traitement est le même pour toutes.

En réalité un certain nombre de tumeurs considérées comme des fibromes, sarcomes, épithéliomes des maxillaires ne sont autres que des adamantinomes.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Parotidite associée à la glycosurie et à l'acétonurie, par ROUTH, de Londres (*British med. journ.*, 13 juillet 1912).

Il s'agit d'une parotidite unilatérale associée à glycosurie; celle-ci fut tout à fait transitoire. Il y aurait, peut-être, une désorganisation de la sécrétion temporaire interne de la glande amenant la glycosurie, elle aussi passagère. L'auteur estime qu'il n'y eut pas d'infection par le canal de Sténon, mais que l'exposition à un courant d'air fut le facteur de l'inflammation de la parotide. MENIER (de Decazeville).

VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ, APPAREIL VESTIBULAIRE.

Anatomophysiologie de l'ouïe, par le Prof. GRASSET (*Le larynx*, n° 3, 1912).

VOIES SENSORIELLES AUDITIVES. — Le nerf auditif est la réunion par voisinage géographique : 1° du nerf cochléaire, nerf sensoriel et 2° du nerf vestibulaire qui est un nerf d'orientation et d'équilibre.

1° Voie acoustique périphérique. — Le nerf cochléaire 1° part du

limaçon et 2° rencontre son protoneurone sensoriel formé du ganglion de Corti et du ganglion de Boëtscher; 3° puis s'accole au nerf vestibulaire pour former la huitième paire; 4° s'en détache pour former la racine postérieure; 5° rencontre les premiers neurones de relais, analogues des cornes grises postérieures de la moelle; là finit la voie acoustique périphérique et commence la voie acoustique bulbomésencéphalique.

2° *Voie acoustique bulbomésencéphalique*. — Après avoir traversé la voie sensitive générale, puis la ligne médiane, les prolongements cylindraxiles du noyau accessoire constituent avec les fibres opposées, le *corps trapézoïde*; ces deux noyaux constituent le deuxième neurone de relais, d'où part le ruban de Reil qui rencontre le troisième neurone de relais.

Les prolongements cylindraxiles du tubercule latéral, vont former les stries médullaires ou acoustiques, parcourent le plancher du ventricule et se divisent, se rendant, les uns dans la protubérance, les autres dans le voisinage de l'olive supérieure du côté opposé. Les voies acoustiques subissent donc une semidécussation.

Les tubercules quadrijumeaux postérieurs forment le quatrième neurone de relais et représentent la fin des voies acoustiques bulbomésencéphaliques.

3° *Voies acoustiques mésencéphalocorticales*. — C'est la troisième étape des voies acoustiques. Après avoir longé les tubercules quadrijumeaux il gagne la partie moyenne des deuxième circonvolutions temporales des deux côtés. C'est le centre auditif cortical, le neurone supérieur de perception acoustique. Betcherew subdivise le centre cortical et admet une échelle de tons, superposable à celle du limaçon de l'oreille interne. Des lésions partielles du lobe temporal ne produisent de surdité que pour certains sons seulement.

VOIES SENSITIVES GÉNÉRALES. — Pour ces voies il y a quatre sources d'innervation: 1° Le plexus cervical superficiel (branche auriculaire); 2° le trijumeau qui innerve par l'auriculo-temporal et le rameau pharyngien de Bock; 4° le pneumogastrique (rameau auriculaire); 4° le glosso-pharyngien (nerf de Jacobson).

VOIES MOTRICES, NERFS AUDITIFS MOTEURS. — L'appareil auditivo-moteur est formé de deux nerfs accommodateurs antagonistes qui viennent l'un de la septième, l'autre de la cinquième paire.

Le nerf du muscle du marteau fait tendre la membrane du tympan et augmente la pression intra-labyrinthique; *le muscle de l'étrier*, innervé par un nerf venant du facial, relâche le tympan et abaisse la pression intralabyrinthique. Les mouvements du pavillon de la trompe commandés par une double source d'innervation (ganglion otique, grand pétreux superficiel, nerf vidien, ganglion de Meckel) entretiennent une tension normale dans la caisse. On suppose que le centre réflexe de l'accommodation auditive siège dans la région des tubercules quadrijumeaux.

Le centre cortical doit être dans la région temporale près du

centre sensoriel : ce serait là le centre sensoriomoteur, dont l'écorce périrolandique serait le centre sensitivomoteur.

En résumé, au point de vue anatomophysiologique de l'ouïe, il y a lieu de distinguer l'appareil sensoriomoteur et l'appareil (accessoire) sensitivomoteur : chacun de ces appareils possède ses voies centripètes et centrifuges, et ses centres nerveux.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

Contribution à l'étude des lésions auriculaires dues à la foudre, par RUGANI (*Archivio italiano di otologia*, sept.-octobre 1911).

L'auteur relate trois cas de lésion de l'oreille par électricité atmosphérique. La première observation est celle d'une femme de 22 ans frappée de la foudre et renversée sur le sol, elle perdit connaissance immédiatement. Revenue à elle au bout de trois quarts d'heure environ elle se sentit toute paralysée et sentait de la dyspnée, elle ne pouvait ni avaler ni parler et était totalement sourde à gauche. Tout de suite après, débuta un vomissement qui dura le reste de la journée. Il y eut aussi des vertiges qui, continus et rebelles, persistèrent pendant 4 à 5 jours. Puis ils diminuèrent de nombre et d'intensité et il ne resta plus que de simples tournements de tête rares. Dans les premiers moments après l'accident il n'y eut pas de douleurs très fortes à l'oreille gauche, mais qui devinrent très violentes le soir avec un abondant écoulement sanguinolent, surdité et bruits continuels. Le lendemain, le sang était accompagné de pus. A l'examen otoscopique on note une vaste perforation tympanique semi-lunaire dans le segment inféro-postérieur ; le reste du tympan était hyperémié, rhino-pharyngite chronique. L'examen fonctionnel révéla une lésion des appareils de transmission et de perception. Traitée, la malade présenta une amélioration notable au bout de 13 jours, tant pour la diminution de l'écoulement et des vertiges que pour l'augmentation du pouvoir auditif. Plus tard, avec cicatrisation du tympan, les phénomènes du côté de l'oreille interne s'améliorèrent sensiblement ; l'amélioration persiste ; il reste encore les bruits.

Le second cas est celui d'un soldat de 20 ans ; surdité presque complète à gauche ; elle date de 4 ans environ à la suite d'une forte décharge électrique qui le frappa en le renversant. Il reste en même temps que d'autres troubles une surdité totale à gauche, il eut des vertiges et de l'otorrhagie. A l'examen otoscopique, on constate que le tympan au niveau du segment postéro-inférieur présente une plaque calcaire plutôt étendue, qui est le reliquat d'une perforation. Examen fonctionnel : Pas trop de troubles du côté de l'oreille moyenne tandis qu'il y a lésion de l'appareil perceuteur, rien dans le nasopharynx. Le troisième cas est celui d'une fillette de 8 ans et demi présentant diminution de l'audition surtout à droite. Ce trouble, au dire de la famille, remonte à deux ans environ lorsque l'enfant pendant un orage se trouva au point de chute de la foudre. Elle eut alors des troubles visuels et auditifs surtout à droite avec otorrhagie modérée. L'examen otoscopique montre à droite dans le segment

postéro-inférieur (comme les sujets précédents) un petit point cicatriciel avec aspect analogue à une plaque calcaire. L'examen fonctionnel montre des phénomènes marqués portant sur l'oreille interne.

U. CALAMIDA (de Milan).

Technique de l'extirpation du labyrinthe chez le chat,
par de KLEIJN (*Pflügers Archiv f. Physiologie*, t. 149, p. 549, 1912).

L'extirpation se fait suivant une modification de la méthode d'Ewald. Pour l'exclusion du labyrinthe non opératoire, de Kleijn instille dans cet organe une solution de cocaïne à 20 0/0, soit après ouverture de la bulle osseuse, soit par le conduit auditif.

MENIER (de Decazeville).

Contribution à l'étude des bruits perçus objectivement,
par Ernest BOTELLA (*Boletín de Laringología*, etc., décembre 1911).

L'auteur appelle l'attention sur la très grande importance qu'ont les bruits d'oreille par suite de la gêne qu'ils occasionnent aux malades et qui peuvent les conduire à la démence et au suicide.

Il divise les bruits, selon leurs causes, en *musculaires*, *tubaires* et *vasculaires* et, suivant la façon dont ils sont perçus, en *subjectifs* et *auditifs*.

Il cite de nombreux cas des plus typiques des différentes causes des bruits objectifs qui sont en réalité subjectivo-objectifs, c'est-à-dire perceptibles non seulement par le malade, mais encore par l'observateur.

Il fait une étude rapide des causes qui ont presque toujours *périodiques*, musculaires ou vasculaires, signalant dans ces dernières en plus de celles que l'on connaît déjà, les anévrysmes, la dilatation du bulbe de la jugulaire, la dilatation des vaisseaux encéphaliques, l'anémie.

Il rappelle ensuite les différents traitements employés et rend compte de deux observations personnelles très intéressantes. La première se rapporte à un enfant de six ans qui ne s'était jamais plaint des oreilles et dont le père, un jour que son enfant dormait avec lui, remarqua que de sa tête sortait comme un gémissement. A l'examen, les oreilles paraissaient normales, et quand on s'approchait de l'enfant, on percevait une sorte de léger gémissement dont le foyer était la région centrale; ce bruit était isochrone au pouls, se modifiait avec l'inclinaison de la tête et cessait par la compression de la carotide externe. L'enfant ne paraissait pas se rendre compte du bruit. Il disparut peu à peu par l'emploi de l'huile de foie de morue.

La deuxième observation se rapporte à une femme de 32 ans qui, depuis trois mois, avait un bruit de souffle dans l'oreille droite, bruit qui cessait quand on fléchissait le cou du même côté.

A l'examen on trouvait des tympanes ternis: le droit avait une petite plaque; au stéthoscope, on percevait distinctement un bruit de souffle à la carotide interne qui cessait par la flexion du cou et lorsqu'on comprimait la carotide primitive. On fit le diagnostic du

bruit vasculaire propagé à l'oreille; mais ce qu'il y a de curieux dans ce cas est que ce bruit disparaît complètement non seulement subjectivement, mais encore objectivement après un cathétérisme de la trompe *qui n'était pas obstruée*. B. DE GORSSE (de Luchon).

Remarques sur le mécanisme de la paracousie de Willis; par R. P. SUM. M. Ch., Leigh. Lancs (in *The Journal of Lar., rhin. and otol.*, septembre 1912, n° 9, vol. XXVII).

On a décrit plusieurs formes de paracousie, mais ce terme devrait être uniquement réservé pour caractériser l'aptitude d'un sourd à entendre dans le bruit. La présence de paracousie est considérée par plusieurs otologistes comme une contre-indication à tout traitement, jugeant ainsi l'affection incurable. Et cela devrait plutôt être regardé comme une preuve que le sens de l'ouïe est encore apte à fonctionner.

Les recherches de l'auteur l'ont conduit à formuler cet axiome : « La paracousie de Willis ou l'aptitude à entendre mieux dans le bruit, n'est pas en elle-même un phénomène pathologique, mais plutôt une exagération compensatrice d'un réflexe normal physiologique qui existe dans chaque oreille humaine normale. »

Cela veut dire que l'oreille humaine normale déjà paracousique, le devient davantage dans certains états pathologiques, notamment dans l'otosclérose.

Cette paracousie chez l'individu normal, existe d'ailleurs à des degrés différents. Elle peut être mise en évidence par ce procédé. La montre est éloignée de l'oreille normale jusqu'à ce qu'elle ne soit plus entendue du tout. Un diapason de tonalité basse et perceptible, par exemple celui de 128 vibrations doubles, est appliqué sur le vertex; quand ses vibrations diminuent d'intensité, le sujet entend la montre quelques instants, puis à nouveau il ne l'entend plus, quand la vibration du diapason s'arrête.

Ce même phénomène peut être mis en évidence en cas d'audition osseuse. Si on interpose entre la montre et la région frontale une couche de coton suffisante pour suspendre l'audition osseuse, on voit reparaître celle-ci quand on place sur le vertex le pied d'un diapason vibrant.

Mécanisme de la paracousie. — On connaît la théorie de Politzer pour qui la paracousie est due à l'ankylose des osselets qui ne se mettent en mouvement que dans les vibrations d'un bruit intense. Ceci est exact quant au fait mais non à leur interprétation; car on sait que la paracousie peut être retrouvée chez des malades porteurs d'enclume tout à fait immobilisée, ou qui n'en ont plus du tout.

Donc la paracousie de Willis n'est pas due à une action musculaire réflexe, à des vibrations dans la chaîne des osselets; à des altérations dans le foyer auditif, en tout cas ces lésions sont accessoires.

Lowenberg attribuait la paracousie à l'irritabilité du nerf auditif; l'auteur est partisan de la théorie qu'il appelle microphonique, il la base sur les considérations suivantes :

1° Les fibres de Corti sont constamment en vibrations prêtes à

enregistrer les vibrations du son, bien que les oiseaux qui entendent bien n'en ont pas ;

2° Les fibres de Corti ne reçoivent pas directement les extrémités nerveuses, donc leur rôle dans l'audition est purement mécanique ;

3° et 4° Les fibres de Corti sont chargées de produire la variation électrique, comme dans un microphone délicat, d'où renforcement du son quand il y a légère augmentation du courant électrique.

En définitive, l'auteur attribue à l'organe de Corti, le point de départ de la paracousie, et admet d'ailleurs que sa théorie n'est peut-être pas définitive.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

VII. — ORTHOPHONIE

Les aphonies, par DE BLOCQ (*Arch. méd. belges*, août 1912).

Il y a lieu de distinguer trois classes d'aphonie :

1° L'aphonie qui relève de lésions anatomo-pathologiques atteignant l'organe phonateur.

Dans la *tuberculose laryngée* l'aphonie n'apparaît ordinairement qu'à une période déjà avancée. Il peut se rencontrer que des lésions très étendues soient compatibles avec une voix plus ou moins bien conservée. D'autre part, certains cas de tuberculose pulmonaire à larynx demeuré absolument intact, peuvent s'accompagner d'une aphonie résultant du manque de rapprochement des cordes par asthénie musculaire ou du manque de force de la ventilation pulmonaire.

La *laryngite chronique* comporte des altérations vocales allant du simple enrrouement à l'aphonie complète. Ces désordres offrent ceci de particulier que loin de rétrocéder par le repos elles ne font souvent que se prononcer davantage.

La *laryngite catarrhale aiguë* peut s'accompagner d'une aphonie transitoire qui s'explique par un trouble d'innervation des plans musculaires sous-jacents aux muqueuses enflammées.

Les différents *polypes* et *tumeurs du larynx* occasionnent des dysphonies variées et dans certains cas de l'aphonie. Le volume et surtout le siège de la tumeur exercent une grande influence sur l'apparition plus ou moins précoce du symptôme. Lorsqu'un polype vient à se pédiculiser, on peut observer de l'aphonie intermittente.

Il est remarquable de constater que le *carcinome* ménage assez bien l'intégrité vocale ; en effet, l'aphonie absolue est rarement atteinte, contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose laryngée à la troisième période, où malgré tous ses efforts le malade n'arrive pas à se faire entendre.

Dans les *paralysies laryngées*, d'origine centrale (tabès, sclérose en plaques, syringomyélie), l'aphonie est reléguée à l'arrière-plan du tableau symptomatique. Par contre les paralysies laryngées d'origine périphérique sont une cause fréquente d'aphonie.

La paralysie du nerf laryngé supérieur, innervant le muscle cricothyroïdien antérieur, peut conduire à l'aphonie en détendant les bandelettes vocales.

La paralysie bilatérale et complète des nerfs laryngés inférieurs produit l'immobilité complète des deux cordes vocales et la perte de la voix. Cette affection assez rare peut être produite par l'anévrisme double de la crosse aortique, le cancer de l'œsophage, l'hypertrophie de la glande thyroïde. Quand les nerfs sont atteints dans leur totalité les cordes prennent la position dite cadavérique, et la voix peut devenir imperceptible. Si les adducteurs sont seuls atteints, la glotte reste béante par contraction des abducteurs et l'aphonie est totale.

Dans la paralysie unilatérale du récurrent, la plus fréquente des laryngoplégies, l'aphonie ne se rencontre que rarement, en raison de la compensation par la corde saine.

La paralysie complète du seul aryténoïdien commandant la glotte respiratoire occasionne une aphonie absolue.

2° A l'exposé de ces diverses catégories d'aphonie, se trouve l'*aphonie hystérique* qui ne repose sur aucune lésion démontrée et qui peut être considérée comme fonctionnelle. Son début imprévu est des plus caractéristiques, ainsi que le manque de corrélation entre la cause agissante et l'effet produit ; l'imitation joue parfois un rôle dans son apparition.

Les symptômes fonctionnels sont variables : le malade ne semble pas s'affliger outre mesure du trouble qui l'atteint ; il peut tousser, faire des efforts incompatibles avec une béance anormale de la glotte ; de même il peut parler à voix haute en rêve ou en somnambulisme provoqué.

L'image laryngoscopique est des plus variées : souvent le larynx est normal ; d'autres fois le groupe adducteur est atteint ; enfin l'adduction des cordes est très rare.

3° A côté de ces deux genres d'aphonie il y a lieu de signaler l'*aphonie simulée* (notons à ce sujet que l'auteur est médecin-adjoint de l'armée belge), qu'il importe surtout de différencier de l'aphonie hystérique. La constatation d'une plaque d'anesthésie de la région pré-laryngée (signe de Thaon de Will), d'une zone anesthésique plus ou moins douloureuse à la pression en explorant la sensibilité irienne (signe de Sellier) feront reconnaître l'hystérie.

PERRETIÈRE (de Lyon).

Notes cliniques sur les aphonies, par LASAGNA (*Archivio ital. di laringologia*, fasc. 4, 1912).

L'auteur relate des formes d'aphonie ayant toutes une origine toxique et intéressantes soit par la rareté des constatations, soit par les difficultés étiologiques présentées. Comme conclusion à ses notes cliniques, l'auteur affirme que les toxicohémies doivent être regardées comme les causes prédominantes des ulcérations névritiques capables de donner naissance à l'aphonie ; dans la grossesse, l'aphonie doit être regardée comme d'origine toxique et non sympathique ; dans les maladies infectieuses, c'est la toxine bactérienne et non pas les microorganismes localisés dans les nerfs qui crée la paralysie des nerfs du larynx.

U. CALAMIDA (de Milan).

VIII. — TRACHÉE, BRONCHES, OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE.

Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par le cathétérisme sans fin et la dilatation laminaire progressive, par BRÉMOND (in *Ann. mal. or.*, n° 6, 1912).

Chez les divers malades en cause, la sténose résultait de l'absorption d'un liquide caustique (potasse, acides chlorhydrique et sulfurique). Le siège du rétrécissement était variable (28, 25, 18, 27 centimètres des arcades dentaires). Aucun ne laissait passer les aliments solides ; seules, quelques gouttes de liquide étaient absorbées et l'alimentation ne se faisait que par la bouche gastrique.

Avec de légères différences, les observations sont en somme superposables et les résultats obtenus furent des plus heureux.

Le siège du rétrécissement avait toujours été préalablement repéré avec l'explorateur à boule olivaire ; quand il se trouve au niveau du médiastin dans des conditions infranchissables, le pronostic est des plus sombres. FAIVRE (de Luchon).

Quelques cas de rétrécissement de l'œsophage, par MORSE (*Archives of Paediatrics*, juillet 1912).

L'auteur a vu l'an dernier trois cas d'imperforation congénitale de l'œsophage ; il donne l'observation d'un de ces cas ; l'enfant sembla normal à la naissance, mis au sein il avala bien tout d'abord, mais au bout d'une minute, il fut gêné et rendit tout, cela se renouvela toutes les fois qu'on lui donna le sein et même de l'eau. Une sonde n° 2 s'arrêta à 10 centimètres de l'arcade dentaire. L'auteur relate ensuite des cas d'enfants plus âgés avec obstruction partielle due soit à un rétrécissement congénital, soit enfin à de l'hystérie.

MENIER (de Decazeville).

Un cas grave de spasme de l'œsophage, par OLLER (de Barcelonne) (*Boletín de Laringología, otología y rinología*, mars 1911).

Femme de 48 ans, qui depuis deux mois a commencé à sentir de la difficulté à déglutir ; actuellement il ne peut passer que de petites gorgées de lait.

La malade est émaciée et très excitée au point de vue nerveux ; les aliments ne dépassent pas l'isthme, de telle sorte que s'il y a un obstacle celui-ci doit être situé à l'entrée de l'œsophage. Bien que la malade dise que son infirmité est venue à la suite d'une peur on ne pense pas à un spasme, parce que les difficultés à avaler on apparut quelques jours après l'impression morale et ont augmenté petit à petit. L'examen pharyngé et laryngé est négatif et on se décide à faire une œsophagoscopie. Sous anesthésie cocaïnique, et en position de Rose, on introduit un tube avec un mandrin après de grands efforts ; on réussit à franchir enfin l'entrée de l'œsophage ; la muqueuse est saine bien que rougie par la manœuvre ; on ne peut presque pas faire avancer le tube, car on se heurte à une grande résistance et la malade se plaint beaucoup.

Malgré que l'examen fût incomplet et contrairement à ce que l'on avait cru, on a l'impression qu'il s'agit d'un spasme hystérique, ce qui est confirmé par l'évolution de la maladie. Le jour suivant, en effet, et après cocaïnisation minutieuse de l'hypo-pharynx, ont passé facilement une bougie n° 18 ; on augmente les calibres les séances suivantes jusqu'à ce que les difficultés aient complètement disparu, et que la malade absorbe toute sorte d'aliments.

La façon dont le spasme s'est produit chez cette malade est curieuse, car généralement il se produit tout d'un coup, ainsi que nous avons pu l'observer souvent. L'œsophagoscopie est très utile et bien qu'il y ait une grande résistance à l'introduction et à l'avancement du tube, on la domine avec la cocaïne. Dans un de nos cas, la contraction de l'œsophage était telle que le tube devait être maintenu fortement, car il était expulsé dès qu'on l'abandonnait.

E. BOTELLA (de Madrid).

Œsophagotomie médiane, par HANS, de Limbourg (*Münchener med. Wochens.*, n° 23, 1912).

Il s'agissait d'un corps étranger en forme de coin (pince de cravate) qui coudait la trachée vers l'avant ; pas de trachéotomie ; on incisa ensuite l'œsophage sur sa face large et le corps fut extrait. L'auteur dit en outre que pour les incisions trachéales il est partisan de la trachéotomie inférieure longitudinale avec incision cutanée transversale.

MENIER (de Decazeville).

Au sujet de 29 corps étrangers extraits de l'œsophage et des voies respiratoires au moyen de l'œsophagoscopie et de la bronchoscopie, par A. DE LENS, de Kieff (*Journ. mens. russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, 1914, n° 9).

L'auteur a enlevé 12 corps étrangers de l'œsophage (dentier, os, monnaies) ; 9 corps étrangers de la trachée (graines, fragment de carotte) et 6 corps étrangers des bronches (fragment de canule trachéale, graines, os de poisson et de poulet). Les corps étrangers avaient séjourné dans l'œsophage de 12 heures à 17 jours, et dans les voies respiratoires de 24 heures à 5 semaines.

Les corps étrangers enlevés de l'œsophage n'ont laissé aucune suite désagréable. Parmi les 13 corps étrangers des voies respiratoires 13 ont été enlevés par la bronchoscopie supérieure. Dans 2 cas on a été obligé de faire la trachéotomie à cause d'accès de suffocation avant l'introduction du tube par le larynx ; les corps étrangers furent enlevés par la bronchoscopie inférieure ; dans un cas, chez un enfant d'un an et 2 mois, il y eut mort trois jours après l'extraction par pneumonie (le corps étranger était resté dans la bronche droite pendant 2 semaines).

Dans l'un des cas une graine de tournesol qui était déjà fixée dans la bronche gauche depuis 4 mois était entourée de granulations et chaque tentative d'extraction provoquait une hémorragie si abondante qu'on fut obligé d'abandonner les recherches.

M. DE KERVILY (de Paris).

La radioscopie de l'œsophage, par ARELLA, de Florence (*Rivista critica di clinica medica*, 20 juillet 1912).

L'auteur relate deux cas de sténose œsophagienne où le diagnostic fut facilité et rendu excessivement clair par la radioscopie de l'organe.

MENIER (de Decazeville).

Sur la technique de l'œsophago-bronchoscopie, par A. DE LENS (de Kieff) (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 9, avec 4 fig.).

L'auteur décrit un fauteuil qu'il a fait construire qui offre plusieurs avantages : le malade peut être immobilisé dans plusieurs inclinaisons en arrière et latéralement dans une position non fatigante ; la tête du malade est solidement maintenue, de sorte qu'on n'a pas besoin d'aide pour maintenir l'opéré.

M. DE KERVILY (de Paris).

Importance clinique de la laryngo-trachéo-bronchoscopie et de l'œsophagoscopie suivant les derniers travaux, par TORRIGIANI (*Rivista critica di clinica medica*, 13 juillet 1912).

L'auteur fait l'historique de la question et étudie les diverses applications de ces modes d'investigation et fait ressortir leur importance même en médecine générale où souvent ils ont permis de faire ou de rectifier les diagnostics.

MENIER (de Decazeville).

IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Action de la quinine et du salicylate de soude sur l'oreille interne, par R. RISTER (*Roussky Vratch*, 4 août 1912, n° 31).

Les recherches de Wittmaack, confirmées par Orembovsky ont établi que la quinine et le salicylate de soude produisent une névrite dégénérative de la branche cochléaire du nerf auditif ; la dégénérescence atteint tout d'abord les cellules du ganglion spiral puis s'étend à l'organe de Corti en produisant une lésion des filets nerveux.

Rister a retrouvé toutes les lésions nerveuses décrites par ces auteurs, mais il a observé de plus dans ses expériences des modifications dans la strie vasculaire. Ce sont des dégénérescences cellulaires d'autant plus intenses que l'intoxication est plus grande. Le tissu sous-jacent à la strie vasculaire ne participe pas au processus de dégénérescence qui n'est pas une inflammation véritable car il n'y a ni augmentation de la quantité de leucocytes ni apparition d'exsudat.

La quinine produit des dégénérescences plus intenses que le salicylate de soude. Une dose forte mais unique ne produit pas ces lésions que l'on obtient surtout dans l'intoxication chronique ou après des doses répétées. Les cellules nerveuses ganglionnaires présentent au contraire des lésions appréciables même après une dose forte unique.

M. DE KERVILY (de Paris).

Le « 606 » en oto-rhino-laryngologie, par Ed. GEREDA (*Archivos de rinologia, laringologia y otologia*, Barcelone, mai-juin 1911).

L'auteur a fait 8 injections intramusculaires et 53 intra-veineuses ; il ne sert plus que de ces dernières. Après des considérations générales sur les injections de 606, il arrive aux cas traités.

42. cas de syphilis secondaires, en majorité avec plaques muqueuses de la gorge. Ces accidents ont disparu de façon magique en 3 ou 4 jours ; on voyait le processus curatif au bout de quelques heures déjà.

Huit malades avec érythème des cordes vocales, aphoniques, recouvrèrent leur voix dans quatre cas, 6 heures après l'injection, dans trois cas au bout de deux jours, dans un cas au bout de trois jours.

En même temps disparaissaient les signes de généralisation (roséole, adénopathies, etc.).

Onze cas de syphilis tertiaire : deux cas, chez un médecin et un dentiste, de gomme ulcérée du pharynx et de l'épiglotte très étendues, avec infiltration énorme du larynx. Le jour même, la déglutition se faisait sans difficulté et la guérison survenait au bout de dix jours.

Un malade atteint de labyrinthite bilatérale a commencé à mieux entendre au bout de 24 heures ; les bourdonnements et le vertige qui était presque constant ont disparu complètement.

Une syphilide tuberculeuse de la sous-cloison nasale a été guérie en huit jours.

Résultats nuls dans un cas de leucoplasie commissurale et dans onze cas d'ulcérations des fosses nasales avec ozène et perforation de la cloison.

Dans un cas de glossite scléreuse avec nodosités gommeuses, amélioration notable au bout de huit jours, puis *statu quo*.

Chez beaucoup de malades, l'auteur a pu noter trois phases :

1° *Amélioration rapide* d'une durée de 4 à 5 jours ;

2° *Statu quo* pendant 8 à 15 jours ;

3° *Cicatrisation* qui dure une semaine environ.

L'auteur termine par un mot sur les applications topiques d'une solution acide de 606 à 1 pour 100 qui lui ont donné les meilleurs résultats.

B. DE GORSSE (de Luchon).

L'action de l'extrait pancréatique sur le bacille tuberculeux, par J. DOUGLAS BLACKWOOD (*Sixth Ann. Rep. of the Henry Phipps Instit. Philadelphie*, p. 114).

On prépare des extraits glycinés alcalins de 3 spécimens de pancréas humain obtenus de sujets tuberculeux à l'autopsie ; on les trouva dépourvus d'activité protéolytique et ils n'avaient aucune influence sur la virulence des bacilles tuberculeux pour les cobayes. Les bacilles en pure culture furent exposés à l'action des extraits pendant des périodes variables, au moins 24 heures.

Les expériences furent continuées avec une pancréatine commerciale. La préparation fut éprouvée et contenait des enzymes actifs protéolytiques, lipolytiques et diastasiques. A l'autopsie on trouva chez les cobayes de la tuberculose généralisée ; l'action du suc pancréatique avait donc été nulle.

H. MASSIER (de Nice).

Quels services peuvent rendre les rayons X en oto-rhino-laryngologie ? Rapport du Dr Seiffert, de Breslau (*Zentralblatt für Ohrenheilkunde*, Bd. X, Heft 8)..

En général, les vues radiographiques de l'oreille sont prises obliquement, l'oreille reposant sur la plaque ; on obtient ainsi le maximum de détails ; mais si l'on veut comparer radioscopiquement les deux apophyses mastoïdes il faut donner aux rayons la direction du plan sagittal.

La radiographie peut renseigner sur les dimensions et la structure de l'apophyse mastoïde, sur la taille et la situation des cellules mastoïdiennes, sur la situation du sinus latéral et la distance qui le sépare du conduit auditif externe, sur l'épaisseur de la corticale et du tegmen tympani, sur la situation et les dimensions de la pyramide pétreuse et de ses cavités pneumatiques. On peut apercevoir le vestibule, le limaçon, les canaux semi circulaires avec leurs ampoules et l'aqueduc de Fallope. Le golfe de la jugulaire, l'antre, l'attique et même les osselets de l'ouïe peuvent être mis en évidence.

La radiographie peut également donner d'utiles renseignements au point de vue pathologique.

En outre des projectiles, corps étrangers et fractures, les rayons X peuvent déceler même de légères altérations infectieuses dans les cellules mastoïdiennes et rendre de grands services dans les cas de mastoïdites où les symptômes cliniques manquent pour fonder une indication opératoire et apprécier l'étendue des lésions de nécrose.

L. GIRARD (de Paris).

X. — VARIA

L'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie en France, par Georges GELLÉ, président de la Société française d'oto-rhino-laryngologie (in *The journal of laryngol., rhinol. and otol.*, n° 8, vol. XXVII, août 1912).

L'enseignement médical en France est dévolu aux Facultés des sept universités suivantes : Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Bordeaux, Lille (où il y a une Faculté catholique non officielle) et Toulouse. Il y a quatre écoles de plein exercice (Marseille, Nantes, Alger et Rennes) et douze écoles préparatoires. Dans aucun de ces centres, il n'y a de chaire oto-rhino-laryngologique, au contraire de l'ophtalmologie, de la psychiatrie et de la dermatologie qui en possèdent une dans chaque université. Tous ou presque tous les spécialistes français exerçant en France doivent leur éducation à l'instruction gratuite soit dans des cliniques privées telles que celles de Lubet-Barbon et Martin, Luc, Boulay, etc. ou dans les cliniques hospitalières municipales, comme celles de Gougenheim¹ et Lermoyez à Paris, de Garel à Lyon, et dans les services de consultation comme

1. Le service de Gougenheim est depuis plusieurs années confié à M. Sébilleau, chirurgien des hôpitaux. (*Note du traducteur.*)

Gellé père à la clinique de Charcot à la Salpêtrière et Gellé fils dans le service ophtalmologique du Professeur de Lapersonne. En France le spécialiste se crée lui-même. La Société Française de laryngologie exige de ses candidats la preuve d'une année de stage dans une clinique officielle ou privée, française ou étrangère.

A Bordeaux depuis 1904, à Montpellier et à Lyon depuis 1908, il existe un professeur adjoint. A Nancy et Paris depuis 1896, il y a un chargé de cours. Nous allons passer en revue les diverses Facultés universitaires.

1° *La Faculté de Médecine de Paris.* — Le Dr Castex a le titre de chargé de cours à la clinique de la Faculté où les consultations ont lieu de 3 à 5. Il a trois assistants qui l'aident dans ses cours payants à raison de 50 fr. par mois. Depuis la date de sa fondation il a été donné 304.199 consultations et effectué 14.281 opérations. Il existe deux autres services ceux de Sébilleau et Lermoyez, et 4 laryngologistes, MM. Lombard, Bourgeois, Lemaître et Grivot, nommés à un concours spécial. Le premier a seul un service propre¹. D'autres, comme Gellé, l'auteur de l'article, enseignent la laryngologie dans ses rapports avec l'oculistique, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

2° *La Faculté de Médecine de Nancy.* — La clinique a comme chef le Dr Jacques, elle possède 27 lits et reçoit de 3 à 4000 patients.

3° *La Faculté de Médecine de Lille.* — A Lille, il n'y a pas de cours d'enseignement reconnu, mais un cours libre pour les étudiants de 4^e année est professé par le professeur de clinique chirurgicale, le Dr Gaudier. Les petites opérations sont faites dans la salle de consultation, les grandes à l'hôpital. A la Faculté catholique de médecine, il y a un service entre les mains du Dr Lavrand.

4° *La Faculté de Médecine de Toulouse.* — Le Dr Escat dirige un service de malades externes annexé à une clinique d'autre nature.

5° *La Faculté de Médecine de Bordeaux* possède un service aux mains du professeur Moure qui a débuté en 1880 comme professeur libre, reconnu officiellement seulement en 1890, comme chargé de cours, et depuis 1904 comme professeur adjoint.

6° *La Faculté de Médecine de Montpellier*, possède un service de laryngologie dirigé par M. Mouret, professeur d'anatomie. Mais il n'a en laryngologie, ni assistant, ni interne.

7° *La Faculté de Médecine de Lyon.* — A Lyon il n'y avait pas d'enseignement reconnu avant 1898. Garel et Lannois voyaient dans les services des malades externes et faisaient des cours libres. En 1898, Lannois devenait chargé de cours et en 1908, professeur adjoint. Il a un assistant, un interne et un externe. Il y a en outre, deux autres cliniques pour malades externes tenues par MM. Garel et Collet.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

Corps étrangers de nature et de situation étranges, par F. STEINER, de Trieste (*Wiener medizin. Wochenschr.*, 1911, n° 6).

L'auteur rapporte entre autres cas : 1° l'existence d'une tumeur

1. Récemment M. Bourgeois a été pourvu d'un service à la Nouvelle-Pitié.

dans la langue d'une femme de 60 ans, très suspecte de cancer avec gonflement ganglionnaire faisant croire à des métastases lymphatiques et causées par une arête de poisson de longueur d'un centimètre. Excision de la tumeur, disparition des gonflements ganglionnaires; 2° enfant d'un an, meurt après l'aspiration de petits corpuscules de charbon dans le larynx, pendant un essai d'intubation; 3° enfant d'un an, grain de maïs dans la bronche droite, pas d'intervention thérapeutique étant vivant, mort d'une bronchite et d'une pleurésie fibrino-purulente.

MARSHIK (de Vienne).

Développement du nez et du larynx chez l'homme, par Ernest FRAZER, lecteur d'anatomie au St Mary's Hospital Londres (*British med. journ.*, 17 août 1912 et *Journ. of anatomy and physiol.*, juillet-août 1912).

Frazer a démontré que la partie de la cavité laryngienne située au-dessus du niveau des cordes vocales (partie sus-glottique) est totalement différente au point de vue de l'origine et de la nature de la partie située au-dessous (partie infra-glottique). La partie sus-glottique fait partie du larynx; la glotte et les cordes représentent l'orifice originel du tractus pulmonaire. Parmi les autres recherches de Frazer signalons le fait que dans le pharynx on peut trouver une portion du corps pituitaire. Suivant Frazer la trompe d'Eustache est en réalité une partie incluse du pharynx et non pas la modification d'une fente branchiale ou viscérale.

MENIER (de Decazeville).

Manifestations de la psychonévrose en oto-rhino-laryngologie, par TEODORO GAZTELU, professeur de l'Institut Rubio (*Revista española de laringología, otología y rinología*, novembre-décembre 1911).

L'auteur fait une étude générale sur les troubles que présentent les névropathes sans lésions organiques; il insiste sur l'influence de l'auto-suggestion et de la suggestion médicale qu'une question maladroite d'un médecin peu au courant de ces états peut provoquer. Ces symptômes peuvent être rangés en trois catégories pour chacun des organes: phobies, diminution ou suppression de la fonction, exagération de la fonction ou spasmes. Chaque malade oriente son psychisme vers l'organe qui a pu présenter une lésion véritable à un moment donné.

B. DE GORSSE (de Luchon).

Quelques nouveaux instruments pour l'ablation des amygdales, par WARD, de Philadelphie (*New-York med. journ.*, 6 juillet 1912).

L'auteur a imaginé un tenaculum permettant à l'extrémité de cet instrument de passer par-dessus la langue sans en toucher la base. Il a créé aussi un nouveau bistouri pour la dissection; il est trempé de telle sorte qu'on peut lui donner toute forme. Enfin, l'anse de Ward est un tonsillotome de Mathieu dans lequel l'anneau tranchant est remplacé par un fil, l'instrument porte aussi la fourche; on serre l'anse au moyen des trois anneaux communs avec le tonsillotome et la section se fait au moyen d'une vis serre-nœud; elle peut être lente ou rapide. Ce dernier instrument paraît très pratique.

MENIER (de Decazeville).

VII. — NOUVELLES

Informations.

Le I^{er} Congrès international de pathologie comparée se réunira à la Faculté de Médecine de Paris, du 17 au 23 octobre 1912.

Le volume des rapports sera publié fin septembre ; la cotisation est de 20 francs pour les membres actifs, et de 10 francs pour les membres adhérents, doit être envoyée au secrétaire général : M. Grollet, 42, rue de Villejust, à Paris.

Le XV^e congrès de la Société italienne d'oto-rhino-laryngologie s'est réuni à Venise du 17 au 21 septembre 1912.

Bureau de la Commission permanente des Congrès internationaux de médecine, La Haye, Hugo de Grootstraat, 10. — Le docteur H. BURGER, secrétaire général de la Commission permanente des Congrès internationaux de médecine, a l'honneur de vous faire part qu'il est changé de demeure.

Il vous prie donc de vouloir envoyer désormais toute correspondance particulière et aussi celle que vous lui adresserez dans sa qualité sus-mentionnée à sa nouvelle adresse : Keizersgracht 317, Amsterdam.

Prix attribués au Congrès international d'otologie de 1912 à Boston.

1^o Le prix fondé par M. le Baron LENVAL a été divisé entre le D^r G. E. SHAMBAUGH (de Chicago) et le D^r KOHNER, agrégé à l'Université de Vienne, pour leurs recherches sur *l'Histologie de l'organe de Corti*.

2^o Le prix fondé par le prof. POLITZER a été divisé entre : M. le D^r BARANY, agrégé à l'Université de Vienne, pour ses travaux sur la *Physiologie du labyrinthe et ses recherches sur le diagnostic des affections labyrinthiques*, et M. le D^r A. CHEATLE (de Londres) pour ses *Recherches anatomiques sur le temporal*.

3^o Le prix fondé par feu le prof. COZZOLINO a été attribué à M. le D^r GÖRKE, assistant du professeur BRIEGER, de Breslau, pour ses *Recherches anatomo-pathologiques sur les labyrinthites suppurées*.

Les *Archiv f. Ohrenheilkunde* publiant leur 83^e volume ont subi un changement important. Les comptes rendus des sociétés et la revue scientifique de la littérature paraîtrait à part sous le titre de *Otologische Rundschau*.

Nominations.

Jacob KATZENSTEIN, privat-docent d'oto-rhino-laryngologie, directeur de la clinique oto-rhino-laryngologique de la Charité de Berlin, a été nommé professeur.

— Le Dr HOFFMANN, directeur du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Johannstadt a reçu le titre de professeur.

— Le Dr Theodor BOHOSIEWICZ, privat-docent de stomatologie et d'odontologie à l'Université de Lemberg, a été nommé professeur extraordinaire.

— Le Dr ANTAL, de Budapest, privat-docent d'odontologie, a été nommé professeur extraordinaire.

— Oreste BELLOTTI a été nommé privat-docent (libero docente) d'oto-rhino-laryngologie à Pavie et DE LUCA (Giuseppe) en la même qualité à Naples.

— Le poste de Professeur d'oto-laryngologie créé récemment à l'Institut Karolin de Stockholm, a été donné au Dr Gunnar HOLMGREN, privat-docent, à la suite de la compétition qui a eu lieu dans l'hiver 1911.

Nécrologie.

Le Dr Albert ROSENBERG, de Berlin, a été enlevé le 31 juillet par une mort aussi rapide qu'imprévue. Nous ne laisserons pas disparaître ce collaborateur des *Archives* sans rappeler ses mérites scientifiques, sa conscience profonde, sa patience et son amabilité qui lui avaient conquis la sympathie de nombreux spécialistes d'Allemagne et de l'étranger.

— Le Prof. NEWCOMB, de New-York, est décédé le jour anniversaire de sa 55^e année; professeur de laryngologie au Cornell Medical College, laryngologiste consultant à l'hôpital Roosevelt, président de la Société américaine de laryngologie, il avait des titres sérieux le recommandant aux spécialistes. En particulier, il collabora avec Fletcher Ingals et Burnett à la publication du *Traitement des maladies des oreilles et du nez*. Enfin, il a donné une édition anglaise de l'Atlas de Grünwald. Sa perte sera vivement ressentie dans le corps médical américain.

— Iwing KIMBALL (de Portland, États-Unis), membre de diverses associations oto-rhino-laryngologiques américaines, décédé à l'âge de 60 ans.

ERRATUM

Dans le compte rendu de la session de juillet de la Société belge d'otologie que les *Archives* ont donné (t. XXXIII, p. 153), une erreur s'est glissée.

Le premier rapport pour 1913 traitera des *indications* de la cure radicale et non des modifications.

L'Iodalose Galbrun ou iode physiologique, soluble, assimilable, est la première combinaison directe de l'iode avec la peptone. — Remplace toujours iode et iodures sans iodisme. — Vingt à cinquante gouttes par jour pour les adultes. — Littérature et échantillons : Laboratoire Galbrun, 18, rue Oberkampf, Paris.

Æthone ($C_7H_{16}O_3$), sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes de l'æthone qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000^e.


Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.



Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 0,25 centigrammes.

Le Gérant : M. DESBOIS.

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS.



TRAVAUX ORIGINAUX

I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I.

CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA MÉNINGO-ENCÉPHALITE OTOGÈNE AIGUE

Service d'otologie de la Polyclinique générale de Vienne.

Par **G. ALEXANDER** (de Vienne).

[Traduction par M. MENIER, de Decazeville.]

Preysing ¹ a parfaitement raison, quand, considérant les conditions pathologiques de la méningite, il fait ressortir qu'on ne peut maintenir le concept unitaire de « méningite otogène » comme affection méningée distincte. Or, la littérature nous enseigne que les méningites traumatiques, rhinogènes, ophtalmogènes diffèrent assez considérablement des otogènes au point de vue de la marche, du pronostic et du traitement. Donc, la méningite otogène est suffisamment caractérisée en tant que telle par rapport aux autres formes de méningite ; mais, il me paraît que dans ce concept général, on donne même actuellement le même nom à plusieurs formes morbides, dont, au point de vue du traitement et du pronostic, nous devons ardemment désirer la différenciation. J'ai déjà tenu compte de ce fait lors d'une communication antérieure et j'ai distingué 5 formes cliniques différentes de la méningite otogène :

1° Méningite dans l'otite moyenne aiguë suppurée, sans autre complication ;

2° Méningite dans l'otite moyenne chronique suppurée, sans autre complication ;

3° Méningite dans les abcès cérébraux et otogènes ;

4° Méningite dans la thrombophlébite otogène et l'abcès extradural ;

5° Méningite dans les suppurations labyrinthiques.

Évidemment, cette classification n'est pas complète, et, sur-

1. Curabilité de la méningite otogène. Rapport à la XXI^e réunion de la Société allemande d'otologie à Hanovre, du 22 au 24 mai 1912 (avec index bibliographique).

tout, au cours de ces dernières années, en observant nos malades, je me suis de plus en plus rendu conscience que, cliniquement, tout à fait en dehors des 5 groupes ci-dessus, nous devons distinguer des méningites précoces et des tardives. Dans un travail destiné à paraître bientôt nous nous occuperons de la méningite otogène tardive.

Celui qui, en qualité de chirurgien otologiste, s'occupe de la clinique des affections endocrâniennes otogènes, sera toujours à nouveau attiré par le tableau dramatique de la méningite otogène. Les progrès du traitement des autres affections otogènes endocrâniennes se sont arrêtés devant la méningite otogène; même aujourd'hui nous sommes encore désarmés devant la grande majorité des cas, et ce n'est que peu à peu que nous devons conquérir le terrain solide sur lequel on peut édifier un traitement rationnel de la méningite otogène. Déjà, à l'occasion d'une communication antérieure, j'ai dit que l'étude nécropsique des cas à issue fatale ne fournit que peu d'avantages au point de vue clinique; l'important est plutôt de faire le diagnostic le plus précoce possible, et de différencier cliniquement aussi le plus tôt possible les diverses formes de méningite otogène, parfois si différentes.

Politzer (*Traité d'otologie*, 5^e édit., 1908) a observé et opéré des cas de ce genre.

Dans les pages qui suivent sont relatés 7 cas de méningite qui rentrent dans le même groupe, en ce sens que chez tous les 7, nous avons pu faire la preuve clinique qu'il s'agissait de méningite et qu'il y eut guérison. Tous les cas font partie du groupe de la méningo-encéphalite otogène. Celle-ci s'accompagne d'œdème et d'hyperhémie des méninges et des parties superficielles du cerveau. Dans les cas qui demeurent fidèles au type de la méningite séreuse, le liquide céphalo-rachidien reste limpide et l'état inflammatoire des méninges est indiqué uniquement par une augmentation du liquide ou par une augmentation de tension endocrânienne. Dans d'autres cas de méningo-encéphalite, il se produit par une diapédèse en masse de leucocytes mono- et polynucléés, un trouble puriforme du liquide. J'ai eu souvent l'occasion d'attirer l'attention sur l'importance clinique de cette forme purulente, non infectieuse, de méningite. Un cas (VI) concerne une méningite labyrinthogène terminée par guérison. Dans certains de mes cas, la méningo-encéphalite fut l'unique complication de l'otite, et chez ceux-ci la méningo-encéphalite avait pour origine, dans quelques cas, une otite moyenne suppurée aiguë, et dans d'autres une chronique. Dans deux cas

la méningo-encéphalite fut une complication secondaire; chez l'un d'eux (cas V) elle fut due à une thrombose infectieuse du sinus, dans le cas VI, elle survint à la suite d'une labyrinthite purulente.

CAS I. — *Otite moyenne suppurée aiguë gauche. Mastoïdite suppurée aiguë; méningite séreuse. Opération. Guérison.*

Grete Höfler, 4 ans 1/2, de Vienne.

Commémoratifs. — Dans la première année, gastro-entérite; à 2 ans 1/2, fracture du bras. L'enfant a souvent des rhumes se déroulant sous l'aspect d'un violent coryza, parfois avec fièvre. Depuis 5 à 6 semaines, elle se plaint de douleurs intermittentes, cependant peu considérables, à la région de l'oreille gauche. Le 20 mai 1908, violentes douleurs brusques à l'oreille, fièvre élevée; le médecin traitant ordonna des compresses d'acétate d'alumine, qui firent disparaître complètement la fièvre et les douleurs en 24 heures. Les 21 et 22 mai, l'enfant se trouva assez bien; le 23 mai, nouvelle ascension thermique et violentes douleurs à l'oreille gauche; en outre, convulsions; dans les premières heures de l'après-midi il y a déjà de l'apathie et de la somnolence. En cet état, on fait la paracentèse à gauche; dans les 24 heures, suivantes les manifestations ont augmenté beaucoup; la somnolence persiste sans aucune interruption et parfois se transforme en profonde inconscience. Vomissements répétés depuis 2 jours. Les choses étant en cet état, je suis appelé pour examiner l'enfant.

État actuel. — 25 mai 1908. L'enfant de développement adéquat à son âge est couchée passivement sur le dos. Les mouvements actifs de la tête et de la colonne cervicale paraissent impossibles. Il y a de la raideur de la nuque. Les mouvements passifs de la tête et du rachis cervical ne sont possibles que dans une mesure très diminuée et au milieu de défense musculaire de l'enfant; tout mouvement de la tête provoque de la douleur; la fillette gémit ou pousse des cris. Il existe de l'hypéresthésie cutanée. Tous les réflexes sont exagérés. Signe de Kernig positif ainsi que le clonus du pied. Trouble de la conscience. La malade est en état de stupeur complète, elle ne répond pas aux questions; parfois, elle ouvre les yeux quand on l'appelle par son nom.

Examen de l'oreille. — A gauche, faibles quantités d'un pus non fétide, un peu mélangé de sang dans le conduit externe; l'incision de paracentèse est perméable. Le tympan est gonflé, rouge, la paroi postéro-supérieure du conduit abaissée. Les parties molles de la mastoïde gauche sont œdématisées. Il existe une sensibilité considérable à la percussion de la moitié gauche du crâne, surtout au niveau de la mastoïde et de l'écaille temporale. L'examen fonctionnel acoustique est inexécutable à cause de la stupeur de l'enfant. Le labyrinthe statique est normal (pas de nystagnus spontané). Excitabilité réflexe normale. Les veines du fond de l'œil sont très gonflées de sang. Pas de manifestations morbides du côté des autres nerfs crâniens; pas

d'altérations pathologiques dans les viscères thoraciques et abdominaux.

Opération (Alexander). — 25 mai 1908, sous narcose tranquille par inhalation, mise à nu et trépanation de la mastoïde. Antrotomie. Les cavités de la mastoïde pneumatique sont remplies de pus et de granulations ; les altérations correspondent au type de l'empyème. La charpente osseuse de la mastoïde est elle-même intacte. Les travées osseuses des cellules pneumatiques n'ont pas subi la fonte purulente. Mise à nu de la dure-mère des fosses cérébrales postérieure et moyenne, chacune sur une largeur égale à une pièce de 10 hellers ; dure-mère injectée, très tendue. Incision de la dure-mère des fosses postérieure et moyenne sur une longueur de 8 millimètres. Le lobe temporal et le cervelet œdématisés, un peu ramollis, font immédiatement saillie dans l'incision. Pansement avec des mèches iodoformées. Pas de suture. Plaie rétro-auriculaire largement ouverte avec pavillon rabattu en avant.

La ponction lombaire fournit un liquide sous pression pathologiquement exagérée, coulant en jet puissant, de coloration faiblement grise, trouble ; il en sort environ 20 cm³.

Examen bactériologique : pus de la mastoïde : sur préparation colorée au Gram, quelques cocci prenant le Gram, isolés, en général deux par deux. Sur culture (agar) petit nombre de colonies d'un diplo-streptocoque, prenant le Gram, généralement accouplés et formant de courtes chaînes. Liquide céphalo-rachidien : sur préparation colorée au Gram, on ne peut trouver avec certitude des micro-organismes. Cultures stériles (2 plaques à l'agar-sérum et une à l'agar).

Marche : 25 mai, 38°8 ; 39°4-40°1.

26 mai. Pas de vomissements ; apathie et somnolence améliorées. T. = 39°1, 37°8.

27 mai. Il existe une légère somnolence, et encore cependant une profonde apathie. La malade tourne la tête quand on l'appelle. Pas de raideur de la nuque. Mouvements passifs de la tête libres ; la malade évite les mouvements actifs de la tête. Changement du pansement en renouvelant les couches superficielles de gaze.

28 mai. Bon état relatif ; l'enfant prend avec appétit de la nourriture liquide. T. = 36°2, 36°5.

29 mai. Changement de pansement en renouvelant les couches de gaze, sauf les mèches iodoformées qui drainent la fosse cérébrale.

31 mai. Fond de l'œil normal.

Les suites furent dès lors satisfaisantes. T. toujours normale. La malade quitte le lit le 4 juin. Prolapsus cérébral disparu ; il n'y a pas du tout d'élimination de substance cérébrale. En changeant le pansement le 6 juin, on constate des bourgeons sains au niveau des zones dure-mériennes mises à nu. Progrès dans la guérison de la plaie mastoïdienne.

La malade est totalement guérie depuis fin juin ; la cicatrice mastoïdienne est un peu déprimée ; après un séjour fortifiant à la campagne (juillet, août 1908) l'enfant s'est tout à fait remise.

Octobre 1908. Tonsillotomie et adénotomie.

Des examens ultérieurs répétés (j'ai vu l'enfant pour la dernière fois en juin 1912) ont montré que le tympan et l'acuité auditive sont parfaitement normaux des deux côtés. L'enfant est vigoureuse. La tendance aux refroidissements a disparu tout à fait depuis l'ablation des amygdales palatine et pharyngienne.

Remarques. — Le cas rentre dans le groupe des méningites qui représentent les formes de transition entre la méningite séreuse et la purulente et est caractérisé surtout par le liquide céphalo-rachidien qui, par suite de la teneur en leucocytes poly- et mononucléés était trouble, sans cependant renfermer de microorganismes. Nous connaissons ces méningites depuis assez longtemps, et dans des cas pas trop rares, on les trouve comme complications secondaires dans les thromboses du sinus ou les abcès du cerveau. Comme dans tous les cas de méningite otogène, il s'agit ici, rigoureusement parlant, d'une méningo-encéphalite. L'existence de l'encéphalite fut, lors de l'opération, reconnue à ce que, immédiatement après incision durale, la substance cérébrale molle, œdématisée, fit hernie dans l'incision. Au point de vue étiologique, il est remarquable de voir que dans ce cas, la méningo-encéphalite fut consécutive à une otite moyenne suppurée aiguë, qui, d'ordinaire est plutôt compliquée par une méningite séreuse typique (avec liquide céphalo-rachidien limpide) ou par une méningite purulente, infectieuse, à marche suraiguë, mortelle. Au point de vue diagnostique, le cas ne présentait pas de difficulté. On put, lors de l'opération, constater nettement le caractère otogène de la méningite, grâce à l'injection pathologique de la dure-mère au niveau des fosses cérébrales moyenne et postérieure. Outre l'antrotomie, le traitement consista dans la mise à nu et l'ouverture large de ces deux fosses du côté malade. La marche ultérieure montra que, dans ce cas, malgré l'œdème cérébral considérable, nous réussîmes le drainage de l'espace intradural que nous visions. Ceci est indiqué surtout par le fait que le prolapsus du cerveau ne s'élimina pas, mais au contraire, régressa lentement. La marche favorable du cas nous amène à admettre que l'encéphalite, au moment de l'intervention, était bornée aux segments cérébraux immédiatement voisins de l'organe auditif malade et qu'elle y demeura aussi limitée. La marche fut la plus favorable qu'on puisse imaginer. Comme constatation favorable lors de l'opération elle-même, il faut signaler le fait qu'on trouva à la mastoïde une assez grande quantité de pus qu'on évacua. D'une façon générale, le principe suivant expérimental est applicable : le

pronostic de l'opération de la méningite otogène est d'autant plus favorable que nous trouvons d'autant plus de pus collecté dans le temporal lui-même et que les masses purulentes ont pénétré d'autant moins dans la cavité crânienne. Parfois, dans les cas défavorables, on a l'impression que dans un cas, la mastoïde atteinte de façon aiguë était originellement remplie de masses de pus et que cependant ce dernier s'est propagé vers l'intérieur du crâne. Dans ces cas on trouve les cavités de la mastoïde pneumatique remplies de granulations ou bien elles sont vides; le pus liquide ne se trouve que sous forme de traces dans les cellules. L'opération précoce ne fut pas le moindre facteur de l'issue heureuse. Il n'est pas douteux que sans opération, la méningite se serait développée surtout en deux sens : à la méningite purulente non infectieuse aurait succédé certainement une méningite purulente infectieuse, grâce à la migration des diplostreptocoques renfermés dans le pus de la mastoïde et, indubitablement, l'encéphalite circonscrite se serait rapidement transformée en diffuse. L'expérience de ce cas nous confirme dans notre opinion que, dans les cas de méningite otogène, au cours de l'otite moyenne aiguë et de la suppuration mastoïdienne aiguë, la mise à nu large et l'ouverture de la fosse cérébrale du côté malade sont indiquées le plus tôt possible.

CAS II. — *Otite moyenne suppurée chronique droite ; méningite par otite ; opération ; état d'inconscience pendant 2 semaines. Guérison.*

Paul Stöhr, 2 ans.

Commémoratifs. — Né (forceps) le 11 janvier 1907; accouchement normal sur tous les rapports; nourri au sein. Otite moyenne suppurée, bilatérale dans la première année, l'inflammation fut accompagnée de fièvre élevée sans complication et se termina par guérison parfaite. Fin janvier, l'enfant et son frère, son aîné d'un an, furent pris de coryza et d'angine, tous deux eurent une forte fièvre, de l'écoulement purulent par le nez et une bronchite légère. L'aîné guérit complètement en une semaine, le cadet continua à avoir constamment des températures supérieures à 38°; on lui fit des enveloppements humides, des compresses du tronc, on lui donna de l'aspirine, du Senega. Le 7 février 1909, survint brusquement une fièvre intense, par moments de l'abattement. L'enfant accuse aussi des douleurs dans l'oreille droite; l'oreille avait été examinée durant toute la maladie par le médecin traitant. Jusqu'au 7 février, le tympan fut normal; ce jour-là à peu près en même temps que survinrent les températures élevées (de 40° et au-dessus) le tympan parut rouge. Il ne fut pas possible de déterminer la distance d'audition.

État actuel (7 février 1909). — État de l'oreille: tympan droit très bombé, moyennement injecté; revêtement de la mastoïde sans modification; pas de douleur de pression en cet endroit; pas d'abaisse-

ment de la paroi postéro-supérieure du conduit, conduit externe normal. Tympan gauche normal. Pas de nystagmus spontané. Mobilité des yeux normale. Signe de Kernig négatif. Augmentation minime des réflexes et hyperesthésie de la peau. La vivacité de l'enfant a beaucoup diminué, au dire de l'entourage, dès qu'apparut la maladie fébrile, mais surtout depuis les hautes températures ; l'enfant parle peu, ne répond pas toujours aux questions simples ; cependant on obtient promptement les réactions motrices. Sur demande, l'enfant donne la main, ouvre la bouche, etc. On ne peut dire avec certitude s'il existe de la céphalée. Pas de raideur de la nuque. Absence presque totale de sommeil. Respiration 40, pouls 130. En raison du bombement considérable du tympan, on procède à la paracentèse immédiate.

Incision du tympan sous anesthésie locale par une incision parallèle au manche du marteau, et traversant les deux segments postérieurs. Il sort aussitôt du pus mêlé d'un peu de sang (le sang provient sans doute uniquement de l'incision du tympan). Pansement humide.

10 février. Nuit sans sommeil, très agitée ; par moments, délire, somnolence, contractures spontanées du facial, vomissements (?) ; changement du pansement, les couches de gaze humide sont abondamment imbibées de pus, paroi postéro-supérieure du conduit modérément abaissée dans sa partie osseuse, minime œdème des enveloppes périostiques de la mastoïde droite, douleurs modérées à la pression du sommet. T. = 40° 8.

L'enfant est transféré de chez lui dans une maison de santé chirurgicale.

Opération (Alexander). — 10 février, à 8 heures du soir, sous narcose par inhalation ; calme ; mise à nu et trépanation de la mastoïde, cellules remplies de pus ; os ramolli au niveau de l'antre et du *tegmen tympani* qu'on met à nu sur la dimension d'une pièce de 1 Heller ; dure-mère non injectée ; pas de tension anormale ; antrotomie ; ablation du sommet de la mastoïde ; pas de suture cutanée ; mèche de gaz iodoformée. Pansement.

Marche : 12 février. T. = 38°-40° 1. Pouls 128-144-150. Plusieurs vomissements. Somnolence augmentant rapidement ; cependant l'enfant réagit en ouvrant les yeux quand on l'appelle, donne la main sur demande, etc. ; par moments il s'amuse avec de petits objets qu'il connaît bien et ses jouets quand on les lui donne ; cependant, il ne les demande pas de lui-même ; il absorbe voracement les aliments liquides (thé, lait, farine lactée). Applications d'enveloppements et de compresses sur le tronc.

12 février. Nuit très agitée ; gémissements ; soupirs ; lagophtalmie ; bilatéralement il roule beaucoup les yeux. Coma. Dans cet état analogue au sommeil, les deux yeux sont à leur maximum de déplacement en direction crânienne.

13 février. Changement de pansement. Plaie sèche ; ni pus, ni rétention nulle part. Dure-mère injectée, très tendue ; on l'ouvre

par incision cruciale, le cerveau œdématisé et ramolli fait saillie dans l'incision. Leptoméninges très injectées, imbibées; pas d'écoulement du liquide céphalo-rachidien. T. = 39°-40°. Comme pendant les enveloppements froids il survient un état syncopal, on les suspend et on les remplace par des compresses sur le tronc et de nombreuses ablutions courtes ainsi que par des frictions au cognac. Le coma augmente.

14 février. Nuit très agitée; ventre très ballonné; syncope. Pas de réaction quand on appelle l'enfant; respiration de Cheyne-Stockes. Pouls 160. T. = 39°-40°. Globe oculaire mou, cornée très sèche; à gauche, perte de substance superficielle de la cornée. Lagophtalmos. Membres flasques. Pas de raideur de la nuque. Profonde inconscience. L'enfant a l'air agonisant. Un lavage intestinal expulse de grandes quantités de matières fétides et parmi elles de la viande non digérée. Depuis le début de sa maladie l'enfant n'a pas pris d'aliments carnés. On lui administre deux prises de 0 gr.05 de calomel qui amènent des selles abondantes. Changement de pansement. Plaie recouverte d'un enduit sale; pas de sécrétions; prolapsus du cerveau.

15 février. *Statu quo*. Lavement. Frictions au collargol (sur le thorax).

16 février. Frictions au collargol sur les bras. *Statu quo*.

17 février. *Statu quo*. Frictions au collargol sur les pieds. Depuis le 14, lavements quotidiens; miction spontanée; l'enfant est totalement apathique et ne réagit pas quand on l'appelle à haute voix. Pansement protecteur des yeux avec correction du lagophtalmos. Compresses boriquées sur l'œil gauche à cause de la conjonctivite intense; kératite aiguë à l'oreille gauche. T. 38°-39°. Pouls 120-160. Chaque jour on donne 1 gr. à 2 gr. de chloral. Alimentation suffisante (farine lactée, thé). On est obligé de mettre le liquide à la partie postérieure de la langue de l'enfant au moyen d'une petite cuiller, ce qui déclanche l'acte de la déglutition. Vomissements. Ponction lombaire négative.

19 février. Stupeur complète; injection de solution saline (300 cm³). T. = 36°-38. Pouls 116-136. Changement du pansement. Plaie couverte d'un enduit sale. 1^{re} injection de sérum intramusculaire dans les cuisses (sérum antidiphthérique de faible teneur en unités).

20 février. L'enfant prend un peu d'alimentation liquide. Stupeur non modifiée. T. 36°3-37°5. Changement de pansement. 2^{me} injection de sérum (comme la veille).

25 février. Depuis le 20, minime amélioration progressive. La kératite et la conjonctivite ont disparu. Il n'y a plus de lagophtalmos pendant le sommeil que par intermittence, cependant l'enfant ne réagit pas à l'appel de son nom. Il prend en abondance des aliments liquides. La température ne dépasse jamais 37°7. Sur le désir de la mère, on le remporte chez lui.

28 février. T. 37°9. Pouls irrégulier. L'enfant très considérablement amaigri et très faible, s'alimente abondamment; il réagit à

l'appel de son nom et à des questions simples par des mouvements. Il joue.

3-9 mars. Sécrétion séro-purulente à l'oreille gauche ; selles quotidiennes ; la plaie de l'oreille bourgeonne normalement.

11 mars. T. vespérale 38°2. — 12 mars. T. 39°1. Changement de pansement. — 13 mars. T. 39°3.

14 mars. T. 39°2 ; paracentèse du tympan gauche.

17 mars. Tympan gauche épaissi, gris mat ; paracentèse fermée. T. 37°. Plaie mastoïdienne, bourgeonnant bien ; plaie cutanée très diminuée. Conduit externe sec. L'enfant est vif, s'assoit, regarde les images, s'amuse avec ses jouets. Il existe cependant une grande asthénie musculaire, de la pâleur et de l'anémie. L'enfant absorbe avec appétit et en abondance de la nourriture liquide.

Remarques. — La maladie originelle est établie avec sûreté par l'anamnèse : le malade et son frère furent atteints concurremment d'un refroidissement accompagné de coryza ; tandis que le frère fut complètement guéri en une semaine, la persistance de l'infection se manifesta chez le jeune frère par la fièvre qui continua. Au bout de 12 jours de maladie environ, apparut une fièvre intense, ainsi que de l'abattement et les signes d'une otite moyenne aiguë. Lors du premier examen, on constate les indices d'une violente otite moyenne, rendant nécessaire une paracentèse immédiate. Comme symptômes généraux il n'y avait qu'hyperesthésie cutanée et légère exagération des réflexes, ainsi qu'une apathie prononcée ; en revanche, à cette date, il n'y avait ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig et la conscience était conservée. Immédiatement, après la paracentèse, il coula du pus en abondance de la caisse et déjà dans la nuit qui suivit cette intervention survinrent la somnolence, le délire, la paralysie faciale et le vomissement. Le changement des pansements révéla une abondante sécrétion de pus par le conduit externe et les signes d'une mastoïdite aiguë (abaissement modéré de la paroi postéro-supérieure, épaississement inflammatoire des parties molles revêtant la mastoïde). D'après ces constatations, il fallait admettre que le foyer purulent situé dans l'oreille n'avait pas été drainé par la paracentèse, ou n'était pas drainable en raison de la situation, et, ainsi, nous nous décidâmes à faire immédiatement l'antrotomie avec mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne. Dans la mastoïde il y avait du pus, pas d'altération sur la dure-mère elle-même ; pour ce motif nous renoncâmes à inciser la dure-mère, d'autant plus que les symptômes cérébraux présentés par le malade, faisaient conclure que les altérations méningitiques s'étaient étendues à toute la superficie des deux hémisphères. Le cas est parfaitement caractérisé comme

méningite séreuse, d'origine otogène qui, dès le début ne présenta topographiquement aucune relation particulière avec le côté malade. Mais dans ces cas, l'opération de l'oreille et la mise à nu de la dure-mère, mais pas son incision, sont indiquées. Le segment dural mis à nu était cependant assez large pour que la tension endocrânienne pût subir un abaissement grâce à ce que la dure-mère, dépouillée de l'os, pût ainsi se dégager très bas. Le lendemain de l'opération il y eut fièvre très élevée; le trouble de la conscience avait un peu diminué. Cependant, le jour suivant (12 février) la conscience était très troublée; l'enfant était dans un coma profond, absolument sans réactions psychiques. En raison de la modification aiguë des manifestations, on voulait encore attendre une nuit; mais, comme le matin (13 février) l'état était encore mauvais sans modification, et que, lors du changement du pansement, la dure-mère mise à nu était injectée et très tendue, nous ouvrimes alors la fosse cérébrale moyenne par une incision cruciale de la dure-mère. Les leptoméninges étaient très injectées, les parties superficielles du cerveau, ramollies et gonflées, se prolabèrent dans l'incision, de sorte qu'il n'y eut pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire évacua du liquide limpide sans augmentation de tension. L'intervention n'apporta d'abord aucun changement à l'état de l'enfant; il ne réagissait pas à l'appel de son nom et était couché sur le dos dans un profond coma. Comme par suite du lagophtalmos, il y avait danger de kératite, on appliqua constamment des compresses boriquées sur les deux yeux; par extraordinaire, nous pûmes réussir à nourrir l'enfant pendant la longue durée de l'état comateux: si on mettait du lait sur la base de la langue, un acte de déglutition était déclenché. L'état comateux dura sans modification jusqu'au 15 février; à dater de ce jour l'état s'améliora rapidement et dès le 29 l'enfant était en franche convalescence avec conscience parfaitement lucide. Les températures élevées disparurent et le malade fut absolument apyrétique jusqu'au 3 mars; la plaie mastoïdienne en train de bien guérir; pas de sécrétion par le conduit externe; perforation du tympan fermée. Une nouvelle ascension thermique du 9 au 14 mars dut être attribuée à une otite moyenne aiguë gauche. L'enfant s'est parfaitement remis et n'a pas conservé d'altérations persistantes du fait de sa méningite. Lors de l'examen, en avril 1911, les deux tympanes étaient normaux; en arrière de la mastoïde droite on voyait une cicatrice opératoire sans réaction. Physiquement, l'enfant est développé de façon adéquate à son âge, il est très intelligent sans aucune anomalie psychique.

Ce cas rentre dans le groupe de la méningite séreuse otogène. Il est intéressant de voir qu'au début de la maladie la méningite ne présentait aucune relation particulière topographique avec l'oreille du côté malade, et que, par contre, ces relations furent ultérieurement très nettes. Ce fait peut s'expliquer sans difficulté par la marche particulière des méningites séreuses. La grande majorité des méningites séreuses otogènes débute sous l'aspect d'une méningite diffuse étendue aux deux hémisphères cérébraux, ou d'une méningo-encéphalite; depuis ce point de départ, certaines guérissent rapidement avec régression graduelle des phénomènes; dans d'autres, le stade de méningite diffuse est suivi du stade de méningite séreuse circonscrite. Celle-ci est certainement due à ce que, dans les portions du cerveau situées dans l'oreille elle-même, la méningite séreuse régresse plus rapidement que dans la région auriculaire malade, où, sans doute, sous l'action du foyer purulent situé dans l'oreille elle-même, les altérations méningitiques régionales persistent plus longtemps. Ce cas isolé ne prouve pas grand-chose au point de vue thérapeutique; on ne peut, certes, pas en déduire la nécessité de l'incision durale pour tous les cas de méningite séreuse. Cependant, il montre, de façon certaine, la nécessité de l'opération précoce sur l'oreille et la nécessité de la mise à nu de la dure-mère. Au moment de l'opération, il n'y avait pas de raideur à la nuque; par suite, on pouvait admettre que la fosse cérébrale postérieure participait peu ou point à l'inflammation.

CAS III. — Otite moyenne suppurée aiguë gauche. — Ostéopériostite de la mastoïde gauche. — Méningite séreuse. — Antrotomie. — Mise à nu et incision de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne. — Ponction tombaire. — Guérison.

Max Pordos, 42 ans, négociant, de Lemberg; entré le 9 décembre 1909 dans le service d'otologie de la Policlinique générale.

Commémoratifs. A 12 ans, affection suppurée de l'oreille moyenne, guérie après plusieurs mois de traitement; depuis, légers bruits. Il y a 4 semaines environ, après un bain, écoulement d'oreille au milieu de violentes douleurs de tête et d'oreille. Dans la nuit du 6 au 7 décembre, la céphalée augmenta beaucoup et il survint aussi de la nausée et des vomissements. Depuis hier, les douleurs sont surtout hémilatérales; du côté de l'oreille atteinte, il existe aussi de fortes douleurs à la région de l'oreille. Il y a 4 ans, il a été opéré d'une hydrocèle.

État actuel. 9 décembre 1909. A droite: tympan opaque, déprimé; à gauche, dans le conduit, pus fétide, abaissement de la paroi postéro-supérieure, tympan très œdématisé; couches épidermiques macérées; perforation en avant et en bas; peau gonflée au niveau

de la mastoïde. En cet endroit, il existe douleur spontanée et à la pression. Œdème diffus de la région préauriculaire gauche; œdème diffus et douleur à la pression en arrière de la mastoïde gauche.

L'examen fonctionnel indique : *oreille droite* : acuité quasi normale; *oreille gauche* : obstacle à la transmission : $V = 5 \text{ m.}$, v et acoumètre = 3,4 de m. Pas de phénomènes morbides du côté de l'oreille interne. Pas d'altérations morbides du côté des autres nerfs crâniens. $T = 37^{\circ} 6$; poids 60. Le malade est couché passivement sur le dos, en état d'apathie; raideur modérée de la nuque. Pas de manifestations pathologiques constatables dans les viscères thoraciques et abdominaux.

Opération (Alexander). 9 décembre 1909 sous narcose calme par inhalation; antrotomie, mastoïde diploïque, imbibition des parties molles. Corticale d'épaisseur moyenne, intérieur diploïque très gorgé de sang, pas de pus. L'antre, profond, est rempli de pus muqueux. Le *tegmen antri* a une couleur laide, il est ramolli par la suppuration. En cette région, on met la dure-mère à nu sur une étendue égale à une pièce de 10 hellers. La dure-mère est très injectée, tendue et épaissie. Après incision de la dure-mère, des masses cérébrales œdémateuses font saillie dans l'ouverture de l'incision. Ponction lombaire : évacuation de 20 cm^3 de liquide limpide sous pression modérée; drainage; pansement.

Marche. Pendant les 4 jours suivants, T de $36^{\circ} 6$ à $37^{\circ} 8$; douleurs modérées dans la tête et dans l'oreille. Depuis le 19 décembre, température normale; bon état.

Le 20 décembre, crise de violent vertige avec nystagmus rotatoire horizontal des deux côtés. Le vertige ne survient que lors des mouvements du corps et de la tête vers le haut (en montant les escaliers, en regardant en haut). Pas de vertige lors de la marche en terrain plan.

Le 22 janvier 1910, le malade sort guéri.

Remarques. — Ce cas rentre dans le groupe de la méningite séreuse due à otite moyenne aiguë. La méningite survint dans la cinquième semaine de la maladie de l'oreille. Son début fut indiqué par de violentes douleurs de tête et d'oreille. La céphalée prit bientôt le caractère hémilatéral. Au point de vue étiologique, il y a sûrement à tenir compte de la rétention du pus. Elle fut favorisée ici par la perforation très défavorablement placée dans le segment antéro-inférieur du tympan, puis par la petitesse de l'antre et la résistance de l'os diploïque du voisinage. Il est remarquable que l'inflammation purulente de l'os fut, comme le montra l'opération, déjà propagée au *tegmen antri*, tandis que le diploë de la mastoïde ne présentait lui-même pas d'abcès. La preuve exacte de la méningite est fournie par le fait qu'immédiatement après l'incision, des masses cérébrales

œdématisées se poussèrent dans l'ouverture. D'après son degré, ce cas doit être rangé parmi les cas légers de méningite. En raison de la céphalée hémilatérale, on peut aussi le dénommer méningite séreuse circonscrite séreuse. Ce cas est rare, si on considère l'âge du malade ; ces cas sont plus fréquemment trouvés dans l'enfance. Le malade est demeuré parfaitement guéri et par des examens ultérieurs répétés nous pûmes nous convaincre de sa bonne santé.

CAS IV. — *Otite moyenne suppurée chronique droite. — Cholestéatome avec transformation purulente aiguë. Méningite purulente (?) circonscrite. — Opération. — Guérison.*

F. 44 ans, de Presbourg.

Commémoratifs. 2 juin 1911. Otite moyenne suppurée droite depuis de longues années ; traitement conservateur intermittent. La quantité journalière du pus très fétide est variable ; parfois il y a une sécrétion profuse ; cependant, au cours des dernières années la sécrétion a diminué considérablement de quantité et a cessé passagèrement pendant quelques semaines ; dans ces derniers temps, elle était minime. Depuis 10 jours, le malade souffre de céphalée violente et ininterrompue qui le prive de sommeil et compromet la logique de son raisonnement. Il est excessivement agité, se retourne dans son lit et pousse des cris. Pendant les 10 derniers jours, il s'est très peu alimenté. Vertige depuis deux jours. La conscience n'était pas, paraît-il, troublée. Température et pouls normaux.

Etat actuel. Sujet robuste, bien nourri. Augmentation considérable de la tension sanguine. Radiale dure, sinueuse. Dans l'urine, il y a de l'albumine en quantité minime, non dosable ; augmentation de l'indican, durée 36 gr. 96 par litre. A côté d'éléments cellulaires normaux, le sédiment renferme quelques cylindres hyalins et finement granuleux.

Etat de l'oreille. A droite : destruction totale du tympan. Caisse remplie de bourgeons et de pus fétide. Extrémité interne du conduit auditif membraneux ulcérée. Le lavage ramène des particules extrêmement fétides d'un cholestéatome visiblement purulent. Le microscope y décèle des cristaux de cholestérine en abondance. Les parties molles au niveau de la mastoïde droite sont modérément épaissies par l'œdème. En cet endroit il y a une intense douleur spontanée à la pression. Les régions temporale et pariétale droites sont sensibles à la percussion. Oreille gauche : tympan mat, rétracté ; il est normal sous les autres rapports.

Examen fonctionnel. Acuité : à D. = 0 ; à G. = normale. Excitabilité réflexe du labyrinthe otitique négative à droite.

Il existe une rhino-pharyngite purulente aiguë avec abondante sécrétion nasale et pharyngienne. Le malade tient la tête tout à fait raide ; il ne peut se mouvoir dans son lit ou s'y asseoir qu'avec les plus grandes précautions et en soutenant sa tête avec les deux mains.

Il crie lors du moindre attouchement de la tête ou de toute tentative de mouvement. Il a vomi à plusieurs reprises et vomit encore souvent durant l'examen. Il existe du nystagmus spontané des deux côtés. Le nystagmus est à grandes oscillations, lent, rotatoire avec composante horizontale et d'intensité faible. (On ne le constate que quand le regard a une direction latérale.)

Pas de troubles du côté des autres nerfs crâniens. Il existe rigidité complète de la nuque. La flexion ou la rotation passives de la tête sont absolument impossibles. Réflexes exagérés; signe de Kernig positif.

Diagnostic : otite moyenne suppurée chronique, droite; cholestéatome avec suppuration aiguë. Méningite purulente (?) circonscrite.

Opération (Alexander), 2 juin 1911, sous narcose calme par inhalation. Mise à nu et trépanation de la mastoïde; corticale sclérosée. Hémorragie très forte et persistante par les vaisseaux de l'os. Intérieur de la mastoïde rempli d'un cholestéatome suppuré atteignant les fosses cérébrales postérieure et moyenne et mettent la dure-mère à nu en cet endroit sur la largeur d'une pièce d'une couronne. La dure-mère à nu est en partie couverte de caillots de fibrine gris-jaunâtre et de bourgeons, elle est épaissie, très tendue. Les parois externes du sinus transverse à nu dans cette zone présentent les mêmes altérations.

Opération radicale : on débarrasse l'oreille moyenne remplie de bourgeons et de masses cholestéatomateuses. Autoplastie de Panse. Drainage. Pansement.

Ponction lombaire : on évacue 20 cc. de liquide céphalo-rachidien coulant sous pression élevée, grisâtre et opaque. L'examen bactériologique du liquide (Prof. Albrecht) fournit les résultats suivants : 1° *Au microscope* (coloration au Gram), leucocytes à noyau polymorphe, en quantité modérée, nombreux globules rouges. Pas de bacilles de Koch sur 10 frottis; 2° *En cultures* : les cultures sur plaques d'agar et d'agar au sérum demeurent stériles.

Marche. T = normale. Pouls entre 88 et 104. Premier changement de pansement le 4 juin 1911. On enlève couche par couche et avec prudence les pièces du pansement; malgré cela on ne peut éviter le retour d'hémorragies par les vaisseaux de l'os. Grande diminution de la céphalée le lendemain de l'opération. Depuis le 6 juin, le malade n'a pas de douleurs, il se lève le 18 juin. A dater de la deuxième semaine, la sécrétion de la plaie est extrêmement abondante, de sorte qu'il faut changer plusieurs fois par jour les couches de gaze. Tout d'abord, on introduit des bandes de gaze par l'ouverture du conduit et par l'ouverture rétro-auriculaire, et à dater du 1^{er} juillet, seulement par celle du conduit. Il s'ensuit la diminution spontanée et la cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire. Enfin, au milieu de celle-ci, il reste une petite fistule du volume d'un pois qu'on ferme fin juillet par simple réunion des bords avivés et mobilisés. Epidermisation graduelle de la cavité de l'opération radicale. Le malade

est tout à fait guéri depuis fin août. Il est demeuré sans douleurs, a un aspect florissant et a augmenté de poids.

Remarques. Dans ce cas, le diagnostic de méningite n'offrait pas de difficulté. Les commémoratifs caractéristiques permettaient de reconnaître clairement la relation étiologique entre la méningite et l'otite moyenne chronique suppurée. Il s'agissait, ainsi que dans la plupart des cas de complications endocrâniennes au cours des otites moyennes suppurées chroniques, d'une exacerbation aiguë d'une otite moyenne suppurée compliquée de cholestéatome. Certainement, depuis longtemps déjà, le cholestéatome avait provoqué la destruction du temporal jusqu'à la dure-mère et, par suite, depuis déjà assez longtemps, il était en contact avec la face externe de la dure-mère, altérée par l'inflammation, épaissie et semée de granulations. La suppuration aiguë du cholestéatome fut déclanchée par la méningite soudaine. D'après l'opération et la ponction lombaire, ce cas rentre dans le groupe de la méningite circonscrite, purulente, non infectieuse. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, elle a sûrement représenté un stade préliminaire de la méningite purulente infectieuse diffuse; de ce fait seul ressort déjà l'extrême urgence de l'opération de ces cas et le point que leur opérabilité n'est limitée qu'à un court laps de temps. Ce qui dans notre cas parle en faveur du caractère purulent et circonscrit de la méningite, ce sont les douleurs de tête très considérables, tourmentantes; ce qui parle contre la méningite séreuse, c'est l'absence de troubles de la conscience et les résultats fournis par la ponction lombaire. Un fait paraît très remarquable, c'est que dans ce cas, la température ne fut pas élevée, bien que, à en conclure d'après la durée de la violente céphalée, la méningite durât depuis 10 jours, c'est-à-dire depuis plus d'une semaine. L'heureuse issue de ce cas montre que dans les cas de méningite purulente, circonscrite non infectieuse, la suppression immédiate du foyer purulent de l'oreille et le drainage de la face externe de la dure-mère sont couronnés de succès. Il ne me paraît pas douteux que dans ces cas la ponction lombaire ait aussi une importance thérapeutique qui n'est pas à dédaigner. La marche post-opératoire favorable du cas rendit inutile une deuxième ponction lombaire. Dans les cas de méningite purulente non infectieuse, l'ouverture de la cavité intradurale n'est pas indiquée tant qu'il n'existe pas d'autre affection intra-durale. La méningite de notre cas fait partie du groupe des méningites purulentes non infectieuses qu'on trouve souvent, sous une forme plus ou moins développée, dans les cas d'abcès du cerveau, et plus rare-

ment, dans les cas de thrombose étendue du sinus. Cependant, dans ces deux dernières variétés de cas, on ne peut éviter l'incision opératoire de la dure-mère. En opérant à temps, les cas de méningite otogène purulente, circonscrite, non infectieuse, ne fournissent pas un pronostic défavorable.

Cas V. — *Otite moyenne suppurée chronique bilatérale. — Cholestéatome. Méningite aiguë. Liquide céphalo-rachidien trouble, stérile. Opération. — Guérison.*

Dexler, 9 ans. *Commémoratifs*, mai 1911. Otite moyenne suppurée bilatérale et dureté marquée de l'ouïe depuis la plus tendre enfance après scarlatine ou rougeole dans les premières années de la vie. Traitement intermittent de l'oreille. Plus tard la mère se borna à une ou deux irrigations de l'oreille par semaine. Depuis 5 jours, à la suite d'un refroidissement fièvre élevée, délire, coma passager durant la nuit. Douleurs d'oreille à droite.

État actuel. Garçonnet débile, amaigri et pâle. Il est couché passivement sur le dos, apathique ; des deux côtés sécrétion purulente très fétide par le conduit externe. Le pus est mélangé de cholestéatome. Les deux conduits sont totalement remplis de polypes bourgeonnants. On ne peut voir le tympan ; œdème modéré au niveau de la mastoïde droite ; en cet endroit douleur considérable spontanément et à la pression. Aucune modification au niveau de la mastoïde gauche.

On ne peut faire l'examen fonctionnel à cause de l'apathie de l'enfant. Nystagmus horizontal spontané pour la position terminale, des deux côtés. Pas de vertige. $T = 40^{\circ}5$. Dermographisme. La motilité active et passive de la tête et du rachis cervical est très diminuée. Raideur marquée de la nuque. Exagération de tous les réflexes. Signe de Kernig positif. Fond de l'œil : veines pathologiquement turgescentes des deux côtés. L'enfant est amené à l'hôpital par les ambulances urbaines et opéré une heure après.

Opération (Alexander). Sous narcose tranquille, par inhalation, mise à nu et trépanation de la mastoïde droite. Cholestéatome en suppuration aiguë, de volume d'une cerise, remplissant toute l'oreille moyenne et la mastoïde. Dure-mère des fosses cérébrales postérieure et moyenne et paroi externe du sinus largement à nu, couvertes de masses purulentes et de granulations. Opération radicale. Autoplasie de Panse (procédé de Siebenmann). Drainage par le conduit externe et la plaie rétro-auriculaire. Pansement.

La ponction lombaire évacue environ 15 cm³ d'un liquide cérébro-spinal trouble, sans pression pathologiquement augmentée.

Examen bactériologique. Le microscope et les cultures révèlent du streptocoque pyogène dans le pus de l'oreille. Dans le liquide céphalo-rachidien, leucocytes mono- et polynucléés ; on ne trouve de micro-organismes ni au microscope, ni par culture.

Marche. Vomissements fréquents le jour de l'opération.

Le lendemain, bien-être relatif. Pas de raideur de la nuque. Le

malade prend des aliments liquides. Pendant les 3 jours qui suivirent l'opération, la T. varia entre 39 et 40 avec par moment ascension à 40° 5. Puis, chute progressive de la fièvre, de telle sorte que le douzième jour après l'intervention le malade avait une température normale. Il se lève 15 jours après l'opération. Cavité de l'opération radicale en bonne voie de guérison. Trois semaines après opération, suture secondaire de la plaie rétro auriculaire. Quatre semaines après la première opération, opération radicale de l'oreille gauche.

Opération (Alexander) sous narcose tranquille par inhalation : mise à nu et trépanation de la mastoïde. Cholestéatome du volume d'une cerise remplissant toutes les cavités de l'oreille moyenne et ayant amené sur la dimension d'un haricot la mise à nu de la fosse cérébrale moyenne et de la paroi externe du sinus. Autoplastie de Siebenmann ; curettage de l'oreille moyenne. La dure-mère de la fosse moyenne et la paroi externe du sinus qui sont à nu ne sont pas altérées.

Marche. Pas de réaction. Le malade est complètement guéri, avec acuité auditive.

Remarques. — Ce cas rentre dans le groupe des méningites purulentes non infectieuses, que nous connaissons comme complication secondaire dans les cas d'abcès du lobe temporal. Dans ce cas, la méningite fut due à la suppuration aiguë du cholestéatome du côté droit. Les manifestations méningitiques régrossèrent progressivement après opération radicale immédiate. La guérison eut ici lieu sans ouverture de l'espace intra-dural. La ponction lombaire fut faite surtout pour le diagnostic, cependant, en raison de la marche du cas, il faut lui attribuer ici aussi un effet thérapeutique favorable.

CAS VI. — *Otite moyenne suppurée chronique gauche. — Cholestéatome. — Méningite séreuse. — Labyrinthite purulente circonscrite gauche. — Opération radicale. — Mise à nu de la dure-mère. — Guérison.*

Marie Anetzhuber, 35 ans, mariée, de Marbourg (Styrie). Entrée au service otologique de la polyclinique générale de Vienne, le 25 avril 1911.

Commémoratifs. Otite moyenne suppurée avec polypes depuis 20 ans. Depuis 4 ans, fréquentes céphalées à gauche. Depuis 2 ans, parfois, crises de vertige qui surviennent soudainement, quelquefois pendant le travail et durant environ 10 minutes. Pendant la crise la malade a de la rotation apparente des objets. Dans ces derniers temps, les crises ont augmenté de fréquence et d'intensité, il y a aussi de la douleur d'oreille à gauche. Pas de fièvre. Depuis 3 jours la malade ne dort pas à cause de la violente céphalée.

État actuel (25 avril 1911). Femme en bon état de nutrition. Pas d'altération pathologique des organes thoraciques abdominaux. T = 36° — 36°4.

Examen de l'oreille : O. D. Tympan opaque, modérément rétracté, A gauche : conduit rempli de masses cholestéatomateuses blanchâtres; après leur ablation on voit que le tympan est intact, la membrane de Shrappnell et la paroi externe de l'attique sont détruites; la perte de substance est remplie par des polypes.

Examen fonctionnel : O. D. = acuité auditive presque normale. O. G. : obstacle considérable à la transmission ($V = 2$ m. 50, v et acoumètre = 1 m., abaissement de la limite supérieure des sons). Nystagmus spontané (horizontal, à petites oscillations, fréquent, du premier degré) des deux côtés, parfois plus fort vers le côté malade ou seulement vers celui-ci. Par moments, légers troubles de l'équilibre Excitabilité réflexe du labyrinthe statique gauche pathologiquement augmentée (tabouret tournant, épreuves calorique et galvanique). Pas de nystagmus lors de la compression, ni lors de l'aspiration. Après 10 rotations à droite sur le tabouret, vertige très violent avec vomissements. Fond de l'œil normal. Céphalée intense. Pas de phénomènes morbides du côté des autres nerfs crâniens.

Opération (Alexander), 27 avril, sous narcose tranquille par inhalation; mise à nu et trépanation de la mastoïde. Os sclérosé, antre situé profondément, rempli de pus sous forte pression, de polypes et de masses cholestéatomateuses; dure-mère de la fosse cérébrale moyenne à nu sur une étendue presque égale à une pièce d'une couronne; dure-mère très tendue et hyperémiee. Paroi externe du sinus à nu sur une étendue égale à celle d'un pois; elle est normale. Pas d'altération sur la paroi externe du labyrinthe. Opération radicale. Autoplastie de Panse. Pansement.

Ponction lombaire : 15 cmc. de liquide limpide, coulant sous pression pathologiquement exagérée.

Examen bactériologique : Dans le pus de l'oreille : streptocoque pyogène. Pas de microorganismes, ni sous le microscope, ni en culture dans le liquide de ponction lombaire.

Marche : 27 avril. Céphalée intense. T. 37°9-38°8.

28 avril. Céphalée violente; intenses douleurs dans la plaie. Injection de morphine. T. 38°8, 38°9.

29 avril. Céphalée comme la veille; les douleurs de la plaie ont disparu. T. 38°7, 38°5, 37°9.

Marche ultérieure favorable. Plus de fièvre depuis le 2 mai; la malade se sent bien. Pas de maux de tête. Pas de vertige. Elle sort le 8 mai, la plaie étant en excellent bourgeonnement; elle reviendra se faire traiter à la polyclinique. Cavité opératoire guérie depuis le début de juillet.

Remarques. — Ce cas rentre dans le groupe de la méningite séreuse otogène. Le caractère otogène de la méningite se reconnaissait nettement tant à l'examen qu'à l'opération; il était surtout marqué par l'hyperhémie de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne à nu dans le tegmen. D'après cette constatation, la labyrinthite n'a aucun rapport avec la méningite séreuse de

la malade. Les phénomènes méningitiques survinrent peu de jours avant l'opération. Il semble que le traumatisme opératoire inévitable ait fait tout d'abord subir une exacerbation aux manifestations méningitiques. Elles furent indiquées par la céphalée violente, torturante, ainsi que par l'ascension thermique. Dans l'espace de 5 jours, tous les troubles régressèrent graduellement et, depuis, la marche de la plaie fut excellente. Le diagnostic de méningite séreuse fut vérifié par l'état d'hyperhémie et de forte tension de la dure-mère et par la pression pathologique exagérée avec laquelle s'écoula le liquide céphalo-rachidien.

Cas VII. — *Otite moyenne suppurée chronique gauche. — Cholestéatome. — Labyrinthite suppurée. — Méningite purulente aiguë. — Paralysie du moteur oculaire externe. — Paralabyrinthite. — Ostéomyélite de la pointe du rocher et de la base du crâne en cette région. — Opérations radicale et labyrinthique. — Guérison. — Fracture traumatique de la base du crâne. — Guérison.*

Gustave A., 24 ans, ingénieur.

Commémoratifs. Père mort de méningite. Mère et frère se sont suicidés. A 12 ans, angine, avec phénomènes septicémiques généraux. A la suite de cela, otorrhée bilatérale. L'otorrhée de droite cessa en quelques mois; celle de gauche, malgré de longs traitements par les spécialistes ne s'arrêta pas. Dans ces dernières années, surtout le matin, après être resté longtemps couché, douleurs dans la région occipitale gauche; quand le malade s'appuyait sur un corps dur, il sentait à plusieurs reprises une sensation d'engourdissement de la tête. Au cours de ces dernières années, désespérant de voir guérir son écoulement d'oreille, le malade ne s'est pas fait traiter, mais il nettoyait tous les jours, par des lavages, la sécrétion de son oreille. Il vient à nouveau chercher les secours de l'art à cause de la céphalée qui survient fréquemment et dure longtemps.

État actuel (8 janvier 1908). Sujet de taille moyenne, bien bâti, en assez bon état de nutrition; le teint est légèrement jaunâtre. Pas d'altération pathologique des viscères thoraciques et abdominaux.

Examen de l'oreille. A droite: tympan normal. A gauche: conduit large, contient une abondante quantité de sécrétion muco-purulente, filante, légèrement fétide. Après avoir enlevé le pus, on voit que le tympan manque; la muqueuse de la caisse, à nu, a une couleur rouge foncé, elle est œdématiée, relâchée.

Examen fonctionnel. Weber latéralisé à gauche. Rinne positif à droite, négatif à gauche. Schwabach prolongé à gauche. Acuité auditive: à droite, normale; à gauche, très diminuée ($h = 2/100$, $v = 2$ m. $V = 4$ m.). Pas de nystagmus spontané. Excitabilité calorique du vestibule: normale. Pas de signe de Romberg. Pas de troubles d'équilibre.

Le traitement consista en nettoyage soigneux de l'oreille et en instillations d'alcool quand on eut vu que la muqueuse malade de

l'oreille moyenne réagissait par une abondante augmentation de sécrétion lors de l'emploi de médicaments en poudre. L'écoulement s'arrêta au bout de 2 semaines environ de traitement. La muqueuse de la caisse, dans les semaines qui suivirent, devint sèche, cependant, elle était un peu épaissie et légèrement rouge.

28 septembre. Le malade revient avec une otorrhée profuse; suivant lui elle s'était arrêtée presque vers la mi-août et elle reparut après pénétration d'eau de mer dans le conduit. Les mesures thérapeutiques continuées durant des mois demeurèrent vaines. La céphalée ne survint que deux fois durant cette période, par suite d'inflammations intercurrentes du conduit. En raison de l'échec du traitement conservateur, le malade demande formellement à subir l'opération radicale.

Opération (Stein), 14 mai 1909, sous narcose tranquille par inhalation : mastoïde ramollie en arrière et en bas, traversée de granulations. L'antré, assez petit et l'attique renferment du tissu de granulation, dans lequel se trouvent le marteau et l'enclume cariés. Dure-mère et sinus non dénudés.

Marche. Insomnie dans la nuit du 14 au 15 mai, malgré la morphine.

15 mai. T = 37°6; 37°8. Apathie; l'opéré se sent las et abattu, cependant ni spontanément, ni sur cet interrogatoire, il ne manifeste une douleur quelconque. Le soir, 4 gr. 50 de bromure de Na. La nuit, il vomit 6 fois. Une sensation d'étourdissement dans la tête et une agitation générale l'empêchent de dormir.

16 mai. T = 37°5-37°6. Toute la journée, agitation, le malade est assez énervé et mange peu. Insomnie malgré 3 gr. de Na Br et des gouttes de morphine.

17 mai. T. 37°2-37°4 Le malade sent une mauvaise odeur dans le nez; l'examen rhinoscopique ne décèle pas de sécrétion. Douleurs de tête modérées, surtout au niveau de la plaie. Sensation de brûlure dans les yeux, surtout dans l'œil gauche. Photophobie; appétit médiocre; le malade est excité par moments d'une façon très violente; il se plaint de céphalée, d'une odeur de pourriture dans le nez et d'un amas de mucus fétide dans le pharynx.

18 mai. T 37°-37°3. Sensation de lourdeur dans la tête, grande lassitude, anorexie. Sommeil de plusieurs heures après prise d'hydrate de chloral.

19 mai. État général un peu meilleur. Localement pas de grandes douleurs. Dans la nuit, grande excitation, irritabilité, agitation. Le malade quitte son lit à plusieurs reprises et se promène dans la chambre. Vers le matin, sommeil agité de quelques heures.

20 mai. Premier changement de pansement. Plaie sans réaction et sécrétant modérément. La nuit sommeil de plusieurs heures après injection de morphine.

21 mai. Le malade se plaint d'une mauvaise odeur dans le nez; ponction exploratrice du sinus maxillaire droit; il sort une grande quantité de pus fétide. Lavage du sinus à l'eau oxygénée. L'après-

midi, paraît-il, vertige violent pendant quelques secondes. La nuit, insomnie persistante, humeur variable; par moments il est excité.

22 mai. Le malade se plaint d'odeur fétide dans le nez. A dater de ce jour, lavage quotidien du sinus maxillaire. Le malade est très irritable et excité. Variations thermiques, pendant les derniers jours, entre 36°9-37°1 le matin et 37°-37°3 le soir.

Les jours suivants, l'état ne se modifie que très peu. Le malade ne dort qu'après administration d'un hypnagogue, autrement il est très agité; pendant la journée, il est fatigué, surexcité, d'humeur inégale.

29 mai. Le malade quitte la maison de santé. Sensation de brûlure dans la région gastrique et dans celle du bas-ventre, grande lassitude, sensation de lourdeur dans la tête. La nuit, grande agitation, excitation, angoisse devant « le vide du néant ». Le malade se tord sur son lit au milieu de mouvements de défense angoissés. Parfois violentes douleurs sourdes de tête.

30 mai. La journée, fatigue, abattement; vers le soir, le malade va mieux. Sécrétion du sinus maxillaire encore considérable. Le malade ressent comme une torture l'écoulement de cette sécrétion fétide. Il râcle et déglutit souvent. Appétit médiocre. La nuit, agitation marquée, insomnie. Dans un demi-sommeil, le malade s' imagine être devenu colossalement grand et maigre. Hallucinations angoissantes dans la nuit précédente. Très violente céphalée par crises, sans localisation précise.

2 juin. La radioscopie démontre que l'empyème maxillaire est d'origine dentaire. Ce jour-là on conduit le malade dans une maison de convalescence; en cet endroit les jours suivants sont plus calmes; le sujet paraît plus fort. Comme le malade le raconta plus tard, il réussit à se suggérer cette amélioration par un puissant effort de volonté. Les nuits suivantes sont plus tranquilles après administration de véronal (0,75 centigr.). Le malade dort quelques heures; cependant, au réveil il ressent des douleurs de tête plus ou moins violentes.

6 juin. L'état s'est aggravé. Par moments, il y a de violentes douleurs occipitales. Le malade est souvent de mauvaise humeur, irritable, sans appétit, il se sent las et abattu, regarde parfois dans le vide d'un air absent; éclate brusquement de rire sans motif, revient ensuite à soi, s'étonne de ce qui est arrivé et manifeste sa surprise de sa conduite. La plaie opératoire qui sécrète beaucoup et qui est pansée tous les jours, a un aspect satisfaisant. T. le matin 37°-37°1, le soir 37°2-37°4.

8 juin. La nuit, douleurs très intenses à l'occiput, dans la région pariétale et à la région temporale gauche; sous leur action, le malade devient très excité; il saute dans son lit, crie, saute hors du lit, court en tous sens dans la chambre, frappe les murs de ses poings.

9 juin. Le malade est de nouveau calme, et manifeste son étonnement de sa conduite de la nuit. Ce jour-là, il dit avoir de la diplopie en regardant à gauche. L'examen montre que l'œil gauche est

un peu en retard dans les mouvements vers le dehors. La nuit, violente céphalée occipitale et vomissement à plusieurs reprises.

10 juin. *Paralysie totale du moteur oculaire externe*. Pendant le changement de pansement : mouvements de secousses particuliers de la tête et des membres qui plus tard atteignent aussi le tronc, de sorte que le malade a de la peine à s'asseoir et à se tenir debout. Quand il marche, il présente une incertitude très nette et titube des deux côtés. La nuit : insomnie, céphalée très pénible, vomissements.

Examen ophtalmoscopique (Dr Hitschmann). Acuité visuelle 6/6 (droite 6/5). Fond de l'œil normal.

11 juin. Le matin, forte céphalée. Grande lassitude et abattement. Sensibilité normale dans toutes ses qualités (tact, sensation de pression et de température, localisation). Pas d'ataxie aux mains. Titubation nette dans la marche à pieds joints. Quand le sujet marche les yeux ouverts et, plus encore les yeux fermés, grande incertitude, titubation considérable ; lors des rotations brusques ou de l'arrêt subit, titubation avec tendance à tomber à droite. Exagération des réflexes cutanés et tendineux. L'excitabilité de l'appareil vestibulaire, examiné à l'eau froide, est éteinte à gauche. Pas de symptôme de la fistule.

12 juin. Le malade est conduit dans une maison de santé. L'après-midi : extraction de la première molaire supérieure droite. Ouverture du sinus par l'alvéole (méthode de Cowper).

13 juin. *Examen ophtalmoscopique* (Dr Hitschmann). Forte réplétion des veines de l'œil gauche. Le malade lit bien les petits caractères de journal.

Opération (Alexander). 13 juin. Sous narcose tranquille avec le mélange de Billroth : mise à nu de la cavité opératoire ; ablation des granulations avec la curette tranchante. Mise à nu des fosses cérébrales postérieure et moyenne pour l'inspection : os en partie nécrosé, en partie ramolli par la suppuration. Dure-mère très tendue, injectée. Puis on fait la résection du labyrinthe avec ablation des canaux semi-circulaires et ouverture du vestibule, en mettant à nu la dure-mère régionale des fosses cérébrales moyenne et postérieure. Drainage ; pansement.

Marche. 14 juin. Le malade a vomi ; par moments, crises nerveuses durant à peu près une heure ; elles s'accompagnent de secousses des membres, de dyspnée et de suppression de la parole. Il se plaint de palpitations de cœur. Régression progressive de la paralysie du moteur oculaire externe et diminution de la céphalée. Tous les jours, injections de morphine jusqu'à fin juin ; puis on donne des hypnagogues par voie interne (véronal, trional, etc.).

2 juillet. Le malade a maigri ; de 64 kilogs il est tombé à 54 ; on le transfère dans un établissement, où il suit une cure d'engraissement. Il existe de la diplopie ; en marchant il est obligé de tenir un œil bandé.

Fin juillet, pour faire guérir plus vite la plaie de l'oreille, on fait

une greffe de Thiersch avec la peau du bras. Le sinus maxillaire fut fermé par une canule et ne fut plus tamponné.

4 août. Le malade part pour un voyage de repos; la cavité de l'opération radicale est en très grande partie épidermisée. A ce moment, la paralysie du moteur oculaire externe existe encore partiellement; le nerf paralysé est traité par la galvanisation.

30 août. Diminution considérable de la sécrétion de l'oreille gauche; diplopie très améliorée, de sorte qu'en marchant le malade peut regarder avec ses deux yeux.

5 septembre. A 4 h. du matin, violente crise de vertige avec nausées; ensuite douleurs gastriques et intestinales considérables. Le malade part pour Vienne.

7 septembre. L'examen indique un pont conjonctif dans la région de l'antre, et en arrière, rétention de la sécrétion. On enlève le pont. Nystagmus rotatoire à petites oscillations d'intensité minime, dirigé vers la droite.

11 septembre. Le malade part pour Abbazia. Arrivé en cette ville, il se plaint d'agitations nerveuses, de vertige quand il marche. Amélioration passagère.

13 septembre. Une sensation de vertige l'après-midi.

15 septembre. Après une promenade prolongée, céphalée et anorexie.

16 septembre. Brusquement fièvre élevée; douleurs intenses à la tête et à l'estomac. Injection de morphine. Peu après deux frissons et vomissements. Agitation motrice considérable; le malade quitte souvent son lit et se promène.

18 septembre. *Examen* : cavité de l'opération radicale, épidermisée en grande partie. Granulations sur la paroi interne de la caisse et dans la région tubaire.

Examen fonctionnel : surdité totale à gauche et inexcitabilité complète du labyrinthe statique gauche. Il existe une raideur marquée de la nuque, de la céphalée occipitale et frontale. Parésie du moteur oculaire externe gauche. Légère saillie du globe oculaire. Rougeur hecticque des joues. Dermographisme. Tous les réflexes sont exagérés. Signe de Kernig et clonus du pied positif. T. 39°7 et persistante. Le malade est ramené à Vienne.

20 septembre. Exophtalmie marquée. Le malade ne peut fermer complètement les paupières. Épiphora considérable. Stase des veines du fond de l'œil des deux côtés (plus à gauche qu'à droite).

Opération (Alexander). 20 septembre. Sous narcose tranquille par inhalation; mise à nu du territoire opéré de l'oreille gauche. Rétablissement à la curette de la cavité de l'opération radicale en curettant les granulations et la cicatrice épidermique formée. Dure-mère de la fosse cérébrale postérieure très tendue. Suppuration extradurale. Ablation du rocher jusqu'au conduit interne. Incision de la dure-mère au niveau de l'aqueduc du vestibule et du sac endolymphatique. Le cervelet ramolli fait immédiatement hernie dans l'incision. Drainage; pansement.

Marche. 21 septembre. Les troubles ne sont pas modifiés. T. 38°5 ; 39°4.

24 septembre. Le malade se sent subjectivement mieux. T. 38° ; 38°9. Parfois crises de céphalée dans la région occipitale gauche, qu'on peut faire disparaître par le pyramidon.

30 septembre. Gonflement et œdème au bras gauche.

2 octobre. T. 40°1. Fluctuation dans la région gonflée du bras gauche. L'incision évacue un abcès musculaire du volume d'un œuf de poule. La plaie de la région de l'oreille a une allure satisfaisante.

10 octobre. Le malade quitte le lit.

16 octobre. Le malade sort de la maison de santé, pour revenir se faire traiter en consultation. État local de la plaie très favorable. Cavité opératoire de l'oreille totalement épidermisée jusqu'à l'embouchure de la trompe. Pas de troubles. Le malade traite lui-même la plaie de l'oreille en renouvelant régulièrement l'introduction de mèches de gaze antiseptiques. Une fois par semaine, il instille de l'alcool salicylé à 2 %. La parésie du moteur oculaire externe a totalement disparu ainsi que l'exophtalmie. Le malade a augmenté de poids et a bonne mine. La suppuration du sinus maxillaire lui cause seule de la gêne. Tous les deux jours, on lave la cavité par la fistule alvéolaire, ce qui parfois évacue des masses considérables de pus ; parfois aussi l'eau de lavage n'est que peu troublée.

10 novembre 1910. Le malade est renversé par une automobile et grièvement blessé à la tête. L'examen révèle des plaies cutanées plus ou moins profondes et des ecchymoses au front, aux paupières, à la tempe gauche et abondante hémorragie de l'oreille gauche. Les ambulances urbaines le transportent dans un hôpital. Pansement antiseptique. Un vomissement, et trouble passager de la conscience. La radioscopie indique une fracture transversale de la base du crâne. T. normale. Pas de troubles importants.

12 novembre. Écoulement de liquide céphalo-rachidien sur l'oreille gauche. Pansement quotidien. T. normale. Diminution graduelle de la sécrétion par le conduit. Épidermisation progressive de la cavité, dans laquelle, cependant, on ne put jamais constater avec certitude la région de la fracture. Du reste on évite tout tamponnement inutile de la cavité et même l'examen au stylet.

10 décembre. Le malade quitte le lit, il se sent bien. Plaie rétro-auriculaire cicatrisée. Cavité opératoire de l'oreille parfaitement épidermisée jusqu'à la cavité tubaire. Le malade n'a aucune douleur.

Mars 1911. La suppuration du sinus maxillaire est supprimée par opération radicale (prof. Hajek).

Remarques. — Ce cas rentre dans le groupe des otites moyennes suppurées chroniques, traitées plus qu'il ne faut par la méthode conservatrice. Le fait que l'otite fut rebelle à cette méthode, aurait déjà, dans l'enfance du malade, rendu une intervention nécessaire. A l'époque où enfin l'opération radicale fut acceptée et exécutée, il y avait déjà une paralabyrinthite. Les suites opé-

ratoires furent d'abord favorables, mais, au bout de quelques semaines, apparurent les symptômes d'une labyrinthite suppurée gauche. On attendit d'abord l'extinction des phénomènes tumultueux et on fit l'opération labyrinthique sous la pression de l'indication vitale dépendant de la méningite. Ici, la méningite fut indiquée par trois symptômes : 1° par la raideur de la nuque et la céphalée considérable ; 2° par les phénomènes de stase au fond de l'œil ; 3° par la paralysie du moteur oculaire externe gauche. C'est justement ce dernier fait qui nous mit en état de localiser avec précision l'affection inflammatoire. La méningite était propagée à la fosse cérébrale postérieure et la paralysie du moteur externe correspondait à une ostéomyélite de la base du crâne en la région de la sortie de ce nerf du côté gauche. L'ostéomyélite devait provenir de la paralabyrinthite et par suite de la suppuration du rocher. A cette date, la méningite elle-même était séreuse ; c'est ce qu'indiquent la minime intensité des manifestations méningitiques et l'ascension moyenne de la température. Cliniquement, il faut la dénommer : méningite labyrinthogène concomitante. La résection du labyrinthe amena la régression des troubles et le malade se sentit relativement bien du 4 août au 15 septembre 1909. Les crises douloureuses qui survinrent à cette époque comme auparavant et comme par la suite doivent être regardées comme purement fonctionnelles et n'ont pas de relation avec l'affection purulente de l'organe auditif et de la fosse cérébrale postérieure. Vers le milieu de septembre, le malade présenta les phénomènes d'une méningite purulente aiguë. Au point de vue étiologique il y a deux facteurs à considérer. Au cours de son absence, de Vienne, le malade avait traité lui-même son oreille et le traitement de contrôle de son médecin ne put empêcher la formation de septa. Et de fait, le 7 septembre, j'enlevai un pont conjonctif de la région de l'antre, en arrière duquel, la sécrétion stagnait. D'autre part, il est possible que, à partir de la paralabyrinthite, des parties du rocher assez éloignées, furent atteintes de suppuration aiguë et que, de là, la dure-mère et les espaces intraduraux de la fosse cérébrale postérieure aient été altérés par l'inflammation. Cette dernière hypothèse acquiert de la vraisemblance du fait des constatations opératoires : en effet, on trouva du pus extradural sur la fosse cérébrale postérieure. Ce qui fut frappant dans l'état de méningite c'étaient l'exophtalmie considérable et la nouvelle augmentation de la paralysie du moteur oculaire externe. Le diagnostic ne présentait pas de difficulté. Il n'y eut jamais de troubles homolatéraux de la coordination et ainsi nous pûmes

éliminer l'hypothèse d'abcès cérébelleux. Après la mise à nu large et l'incision de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure, la méningite arriva à guérison. Ainsi, le cas se rattache étroitement aux trois cas de méningite labyrinthique que j'ai publiés en 1910 et qui survinrent également à la suite de supuration labyrinthique et guérirent par opération. Il y aurait encore à discuter la question de savoir si l'affection d'oreille antérieure et les opérations sur l'oreille et sur le crâne ont une importance étiologique dans la genèse de la fracture traumatique du crâne sur la partie malade. En principe, on doit certainement répondre à cette question par l'affirmative. J'ai dit déjà à plusieurs reprises, que, abstraction faite de toutes les autres circonstances, la résection du labyrinthe doit être déjà regardée comme une grave intervention chirurgicale, car, elle altère considérablement l'architecture du crâne et diminue de façon appréciable la solidité de la base du crâne. Il n'est pas douteux que dans la résection opératoire du labyrinthe, le crâne est moins résistant qu'auparavant à l'égard d'un traumatisme agissant du dehors. La fracture de la base du crâne lésa aussi la cavité opératoire. Le trait de fracture passait dans la cavité opératoire de l'oreille gauche. La plaie de l'oreille guérit à nouveau en même temps que la fracture.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS DE L'ŒSOPHAGE¹.

Par **J. GUISEZ** (de Paris).

Ancien interne des hôpitaux,

Chef de travaux d'Oto-laryngologie à la clinique chirurgicale
de l'Hôtel-Dieu.

Sous le titre de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, on doit, aujourd'hui que cette affection est mieux connue, désigner un état pathologique constitué par une altération permanente de ce conduit, dont la caractéristique est la dégénérescence cicatricielle de sa paroi, amenant des troubles variés, à *évolution toujours progressive*, tendant à l'oblitération complète de la lumière de ce conduit.

Les sténoses cicatricielles constituent, après le cancer, l'affection *la plus fréquente* de l'œsophage, elles occupent dans notre statistique environ le douzième, exactement 90 sur 1200 malades que nous avons examinés à l'œsophagoscope, depuis 1903, pour affection sérieuse de l'œsophage. Le cancer occupe en fréquence $900/1200 = 9/12^e$; il est donc neuf fois plus fréquent dans l'œsophage que le rétrécissement cicatriciel.

Les *rétrécissements cicatriciels* se rencontrent à tout âge. Dans nos cas personnels il y avait beaucoup d'enfants, à cause de la manie qu'ils ont de tout porter à la bouche. Pour citer nos cas extrêmes, le plus jeune enfant chez qui nous ayons constaté un rétrécissement cicatriciel avait vingt et un mois, parmi nos malades les plus âgés, l'un avait quatre-vingt-sept ans, un autre quatre-vingt-neuf ans, tous deux atteints de sténose cicatricielle d'origine inflammatoire.

Comment pose-t-on le diagnostic de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage? L'étude du commémoratif a une grande importance, ainsi que nous le verrons plus loin. Mais à quelle cause peut être due la sténose cicatricielle? Nous allons voir qu'elle peut être multiple, et il importe de bien préciser exactement et tout d'abord dans quelles conditions elle peut se produire :

1. Dans ce rapport nous nous sommes inspiré des principaux travaux parus sur la question et principalement des données de l'œsophagoscopie qui a changé considérablement dans ces dernières années la conception que l'on se faisait de l'œsophage et de sa pathologie. Nous avons également mis à profit nos observations personnelles actuellement au nombre de 90, la plupart déjà publiées. Voir *Annales des Maladies du larynx, du nez, des oreilles*, juin 1908; *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 21 novembre 1907, 27 mai 1909, *Archives de Chirurgie*, 1910.

DIVISION. — ÉTUDE DU COMMÉMORATIF.

Ainsi que les classiques nous l'enseignent, c'est le plus souvent à un *traumatisme*, à une brûlure, à une plaie chirurgicale ou au séjour prolongé d'un corps étranger, que succède le rétrécissement cicatriciel. D'autres fois, il s'agit d'une *lésion* (ulcère simple, ulcération), d'*origine purement médicale*, qui, en se cicatrisant, amène un rétrécissement de l'œsophage.

Mais il est tout un groupe de sténoses cicatricielles, que l'œsophagoscope nous a permis de décrire, dont on ne trouve aucune mention dans les traités classiques, ce sont les *sténoses cicatricielles d'origine inflammatoire*. L'œsophage, à la suite de multiples poussées d'œsophagite, est susceptible de se rétrécir sans qu'aucun traumatisme ne puisse être invoqué. Ces sténoses ne sont point rares, puisqu'elles égalent presque en fréquence, dans notre statistique, les rétrécissements par traumatismes.

Nous verrons que par leur aspect œsophagoscopique, leur consistance, leur structure, ils doivent être considérés comme de véritables rétrécissements cicatriciels.

1° *Rétrécissements cicatriciels traumatiques.*

La cause la plus fréquente c'est la brûlure; plus de la moitié des rétrécissements cicatriciels que nous avons diagnostiqués reconnaissent comme origine une brûlure. Il s'agit, presque toujours, de la déglutition de liquides caustiques, qui déterminent des lésions plus ou moins profondes dans la paroi œsophagienne aboutissant souvent à l'escarre, dont l'élimination laisse à sa place des ulcérations pouvant occuper une plus ou moins grande partie de la muqueuse et même toute la paroi de l'œsophage.

La cicatrisation se forme par l'organisation des bourgeons charnus du tissu conjonctif et par la formation d'un épithélium nouveau à leur surface. Mais, peu à peu le tissu conjonctif de nouvelle formation revient sur lui-même, amène un retrait cicatriciel et par suite un rétrécissement du canal œsophagien. (Cornil et Ranvier.)

L'œsophagite concomitante peut jouer également un rôle dans la production de ces sténoses cicatricielles de l'œsophage et il n'est point nécessaire qu'une brûlure soit profonde pour amener une sténose serrée de l'œsophage.

La nature du liquide avalé était à peu près toujours la même, puisque dans 34 cas sur 40 il s'agissait de *potasse caustique* en solution. Ceci s'explique par l'usage courant de ce liquide dans les cuisines et par les peintres. Le chlorure de zinc, ammoniacque, acide sulfurique, sont une cause moins fréquente.

Les brûlures par aliments, boissons *trop chaudes*, sont rares. Gottstein (*in* Starck) en cite un cas dû à la déglutition de pomme de terre trop chaude, que le malade ne put recracher. A la suite survinrent des douleurs très vives, qui durèrent deux jours, se calmèrent. Un mois après, dysphagie et l'œsophagoscope fait constater une sténose cicatricielle unilatérale au niveau du cardia. Nous en avons observé deux cas nets et un cas contestable¹. On a noté cette cause chez des enfants et chez des aliénés.

Les *corps étrangers*, surtout lorsqu'ils ont séjourné longtemps dans l'œsophage et lorsqu'ils sont volumineux, peuvent déterminer dans la suite des rétrécissements cicatriciels, et cela par deux mécanismes, ou bien :

1° Le corps étranger a *produit une plaie* dans l'œsophage, plaie qui peut être due d'ailleurs aux tentatives répétées d'extraction, ainsi que nous avons pu le constater à l'œsophagoscope, en particulier par l'emploi du panier de Graefe dans l'extraction des corps étrangers irréguliers ou pointus. Le cas le plus curieux de ce genre que nous avons observé concerne un jeune homme qui nous fut amené en 1909, de l'hôpital Necker. Le malade disait nettement qu'il avait avalé un os, quatorze ans auparavant. Plusieurs tentatives furent faites avec le panier de Graefe, mais sans succès ; le malade eut de la fièvre et des douleurs, cracha du pus sanguinolent, puis tout cessa au bout de huit jours. Il y avait, à l'œsophagoscope, une cicatrice en coup de canif, au tiers supérieur de l'œsophage, qui dessinait, pour ainsi dire, nettement la plaie faite par l'os et sans doute l'instrument extracteur (statistique, cas n° 1, tableau des corps étrangers).

Chez un autre malade, le rétrécissement survint plus rapidement, six ans après la déglutition également d'un os. (Voir statistique, cas n° 3.)

Dans un autre, observé récemment, bien que l'accident fût plus récent, il existait déjà une sténose serrée ; la longue pré-

1. Il s'agissait d'une malade adressée par le Dr Récamier et qui deux ans auparavant avait avalé une gorgée d'ammoniaque déterminant aussitôt brûlure intense, dysphagie, suivie deux jours après de l'expulsion d'une sorte de desquamation tubulaire, véritable moule de l'œsophage. Au moment où nous la voyons, sensation de sténose, de gêne au creux épigastrique, pituites œsophagiennes. Il y avait à l'œsophagoscope une sténose cicatricielle serrée du cardia.

Dans ce cas l'étiologie invoquée par la malade ne semblait pas concluante après l'examen de l'œsophage, qui faisait bien plutôt penser à un rétrécissement cicatriciel d'origine inflammatoire.

sence d'un os (4 mois), son volume (3 cent. 1/2 de côté) expliquent la rapidité de formation des lésions de sclérose.

2° *Sans aucune plaie, par le simple fait de sa présence*, le corps étranger peut déterminer un rétrécissement cicatriciel. Il se produit, au niveau du corps étranger, des phénomènes d'inflammation des parois de l'œsophage, une sorte de sclérose de la paroi, qui aboutit au rétrécissement de son calibre¹.

On peut citer, également, dans cette catégorie, les sténoses par *blessures de l'œsophage*, qui sont évidemment très rares, étant donnée la situation profonde de ce conduit; plaies par instruments tranchants ou à la suite de l'œsophagotomie externe; cas de May² et de Krœnlein³.

3° *L'ulcération peut être d'ordre médical*, n'en laissant pas moins à sa suite une cicatrice parfois très serrée.

Au premier rang on doit placer l'*ulcère simple*, qui peut exceptionnellement se localiser dans l'œsophage. Quincke en a rapporté un cas avec autopsie; Debove⁴ a décrit ce processus, et Sargnon (communication écrite) nous a fait part d'un cas observé par lui tout récemment (avril 1912) avec le Dr Bérardet Roque où le diagnostic de cicatrice consécutive à ulcère du cardia fut posé chez un gastrostomisé par œsophagoscopie rétrograde. On voyait, au niveau du cardia, une zone sanguinolente et immédiatement au-dessus une cicatrice blanchâtre. Les bougies introduites par la voie haute étaient arrêtées au niveau du cardia qui était devenu infranchissable.

Nous-même avons rapporté cinq observations⁵ de sténoses cicatricielles dues à l'ulcère rond, où cette étiologie apparaissait comme nette à cause du siège de la cicatrice, au voisinage du cardia, siège de prédilection de l'ulcère rond œsophagien, son unilatéralité, le passé pathologique du malade. Exceptionnellement, il peut s'agir d'ulcère de l'estomac lui-même ayant son siège au voisinage du cardia et ayant obstrué secondairement l'orifice de l'œsophage et l'estomac. La cicatrice est alors tout entière dans l'estomac lui-même.

1. Nous avons observé ce fait très nettement chez un enfant qui portait depuis quatre ans une pièce de 0 fr. 10 dans l'œsophage. Lorsque nous eûmes extrait la pièce, nous pûmes constater à l'œsophagoscope un véritable anneau scléro-cicatriciel granuleux, juste au niveau de ce corps étranger.

2. May, *The Lancet*, 1885, nos 16 et 23.

3. Krœnlein, in Balacesco et Cohn, in *Revue de Chirurgie*, 1904, p. 339.

4. Debove, De l'ulcère simple de l'œsophage et du rétrécissement cicatriciel de cet organe. *Soc. Méd. des Hôp.*, 9 avril 1883 et 4 octobre 1885.

5. Voir Guisez, *Soc. Méd. des Hôp.*, 27 mai 1909.

Les maladies infectieuses se localisent rarement dans l'œsophage, aussi les sténoses cicatricielles médicales sont plutôt rares ; citons cependant :

a) *Maladies infectieuses aiguës.* — La scarlatine peut déterminer des sténoses cicatricielles (Boas, Knopfmacker) à forme grave.

La diphtérie. — On connaît les cas de Trousseau, de Korynski¹, de Jungnickel². Tout récemment (1909) Danielsen³, de Breslau, rapporte un cas très net de diphtérie propagée à l'œsophage, chez un jeune enfant, avec ulcération et production de rétrécissement cicatriciel trois mois après l'infection.

La variole. — Brechefeld, Lanzoni, citent plusieurs exemples de varioles confluentes se manifestant par des rétrécissements du pharynx et de l'œsophage, mais ainsi que le disait déjà Behier ces sténoses sont tout à fait exceptionnelles.

b) *Maladies chroniques.*

La syphilis, quoi qu'on en ait dit, se localise très rarement dans l'œsophage. Parmi les cas rapportés, il en existe bien peu d'incontestables. La gomme n'aime pas l'œsophage, aussi les rétrécissements cicatriciels de cette origine sont rares et avant la période œsophagoscopique, on ne doit admettre comme nettement syphilitiques que ceux dont le diagnostic a été vérifié par l'autopsie ; en relisant les observations jusque-là publiées, beaucoup ne sont pas probantes.

Depuis l'introduction de l'œsophagoscopie, les cas de cette nature ne sont guère fréquents, ce qui semble affirmer ce que nous disons plus haut. Il s'agit d'ailleurs, le plus souvent, de formes pharyngo-laryngées, avec propagation à l'œsophage. Starck cite un cas chez un enfant de un an et demi où l'on croyait à un corps étranger, il y avait sténose cicatricielle à 3 cent. de l'origine ; l'enfant était syphilitique. Le cas de Neumann, où le rétrécissement syphilitique constaté à l'œsophagoscope siégeait auprès de la bouche de l'œsophage et coïncidait avec la cicatrice du pharyngo-larynx, lésions qui furent vérifiées à l'autopsie⁴.

1. Korynski, *Cent. fr. med.*, 1883, p. 552.

2. Jungnickel, *Prag. med. Woch.*, 1909, p. 489.

3. Danielsen, *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 2 mai 1909.

4. Si nous avons cité ces différents cas, bien étudiés, c'est qu'ils sont plutôt rares dans la littérature des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Nous-même, sur plus de 1200 œsophagoscopies, n'avons constaté qu'un seul cas réel de cicatrice syphilitique de l'œsophage chez un malade déjà gastrotomisé par le docteur Mauclair et qui présentait une sténose cicatricielle au tiers supérieur à 6 centimètres de l'origine, coïncidant également avec des cicatrices fibreuses du pharynx chez un syphilitique.

La tuberculose est également tout aussi exceptionnelle dans l'œsophage. De plus, les plaies auxquelles elle donne lieu sont toujours superficielles ou n'ont pas le temps de se cicatriser à cause de l'évolution rapide et fatale des cas dans lesquels ces constatations ont été faites. Dans ce groupe, cependant, on peut ranger la *forme scléro-cicatricielle*, mais dont on ne connaît encore que peu d'observations : celle de Zenker², celle de Schrötter³ où cet auteur posa le diagnostic de sténose cicatricielle syphilitique, mais à l'autopsie du malade, il constata qu'il s'agissait de tuberculose⁴.

Peter et Hedsall ont publié également un cas de sténose scléreuse due à la tuberculose.

3° *Sténoses cicatricielles d'origine inflammatoire*. — Comme nous le disions plus haut, une mention à part doit être réservée à une forme de sténose cicatricielle peu connue jusqu'à présent et peu décrite, et cependant fréquente puisqu'il nous a été donné d'en observer et d'en diagnostiquer une quarantaine de cas, dont beaucoup à forme tout à fait grave. Nous voulons parler des sténoses cicatricielles d'*origine inflammatoire*.

Ici, pas de plaie ou de traumatisme, mais c'est le processus d'œsophagite suraiguë ou chronique qui amène peu à peu l'inflammation des parois et la sclérose de celle-ci.

D'après la conception que l'œsophagoscope nous a donnée de l'œsophage, nous devons nous le représenter comme un *organe* cavitaire, à sa *partie moyenne thoracique*, et *tubulaire rétréci à ses deux extrémités, supérieure cervicale, inférieure ou cardiaque*. On conçoit que c'est dans les portions tubulaires seules que l'inflammation chronique sera capable de produire la sténose; et en effet, toutes les sténoses du type inflammatoire que nous avons rencontrées siégeaient soit au niveau du canal cardiaque (ce sont les plus fréquentes), soit au niveau de la bouche de l'œsophage, ou dans la portion cervicale toute supérieure de ce conduit. Quelques-unes, cependant, siégeaient à l'entrée de la portion thoracique, au point de croisement de la crosse aortique.

L'*inflammation chronique* de la paroi œsophagienne détermine la sténose par deux processus différents : ou bien il s'agit d'un

1. Guisez, Syphilis de l'œsophage. *Progrès médical*, mars 1910.

2. Zenker, *Arch. f. klin. Med.*, 1895.

3. Schrötter, *Wien. klin. Woch.*, 1907, p. 1135.

4. Dans la forme scléreuse de la tuberculose, la muqueuse se trouve rétrécie sur une longueur assez grande, 5 à 12 centimètres (cas de Schrötter). L'œsophage est transformé en une sorte de tube d'épaisseur anormale formant un véritable bloc fibreux.

épaississement simple de la paroi ; la muqueuse augmentant beaucoup de volume ainsi que la musculieuse sous-jacente, le calibre de l'œsophage se trouve beaucoup plus réduit ; ou de *rétraction nodulaire cicatricielle*, consécutive à l'œsophagite, qui amène l'obstruction définitive de ce conduit.

Ainsi donc, il s'agit là, au début, de *processus simple d'œsophagite*, mais quelle est la cause initiale de cet état inflammatoire de la muqueuse œsophagienne ?

1° Ou bien elle est due à des *irritations chroniques* : aliments épicés ou plus souvent alcoolisme avéré ; cette étiologie a été patente chez plusieurs de nos malades.

2° Les *compressions incomplètes* agissent dans le même sens ; l'œsophage peut être légèrement comprimé, en effet, par une adénopathie, une tumeur du voisinage, une ectasie aortique ; il en résulte un certain degré de stase, et, comme cette variété de sténose incomplète se complique toujours de spasme, l'occlusion peut être exagérée et il en résulte de l'inflammation chronique de la muqueuse sous-jacente.

3° Mais la cause la plus fréquente de ces œsophagites, c'est le *spasme*.

Le *spasme initial* reconnaît lui-même une *cause locale* que nous avons retrouvée, toujours la même, dans les différents cas que nous avons analysés ; il s'agit toujours de malades qui *mastiquent mal*, mangent trop vite et envoient à l'œsophage un bol mal préparé ; alors deux choses peuvent se produire : ou bien la bouche œsophagienne se refuse à accepter ce bol alimentaire et se contracte, d'où le spasme de cet orifice. D'autres fois, le bol franchit l'orifice supérieur, mais c'est alors le cardia qui ne veut plus s'ouvrir devant lui et se spasmodie. C'est donc souvent un trouble dans le fonctionnement physiologique, c'est-à-dire une cause locale, qui amène de façon initiale le spasme.

En dépouillant soigneusement les observations que nous avons prises, il y avait nettement, dans les cas que nous avons observés, trois phases tout à fait différentes :

1° Une phase de *spasme pur*, dans laquelle les symptômes sont intermittents ; mais 2° la répétition des accès amène la stase sous-jacente, d'où un certain degré d'inflammation qui transforme ce spasme en *contracture spasmodique*, sorte de tétanisa-

1. Dans ce groupe on peut ranger les brûlures superficielles incapables d'altérer suffisamment les parois dans leur épaisseur pour amener par elles-mêmes un rétrécissement cicatriciel, mais des phénomènes d'œsophagite secondaire et à la longue une rétraction cicatricielle de la paroi.

tion œsophagienne ; 3° les parois s'altèrent et subissent le plus souvent à la longue la *dégénérescence cicatricielle*.

Il y a donc des sténoses inflammatoires de l'œsophage à *type nettement scléro-cicatriciel*, qui, à l'œsophagoscope, apparaissent comme une sorte de rétrécissement scléreux, à aspect dur lisse ; ce sont les plus fréquentes et, le plus souvent, elles sont consécutives au spasme.

Mais à côté de celles-ci, il en existe une à forme hypertrophiante, avec épaississement de la muqueuse, hypertrophie musculaire de sphincter avec parfois végétations de la muqueuse.

Consécutivement à ces sténoses inflammatoires de l'œsophage, *il se produit des rétro-dilatations* faciles à constater à l'œsophagoscope ; les *grandes dilatations* dites *idiopathiques* du tiers inférieur de l'œsophage ont toujours, pouvons-nous dire, cette origine. Elles sont mécaniquement produites au-dessus du cardia atteint de sténose cicatricielle spontanée (voir fig. 1). Ces rétro-dilatations favorisent, par la stase dont elles sont le siège, le processus d'œsophagite et augmentent, par conséquent, les phénomènes inflammatoires locaux.

Nous retrouvons dans cette variété de sténose de l'œsophage, une pathogénie analogue à celle qui a été décrite dans la sténose du pylore¹. La nature inflammatoire de la *maladie de Hirschsprung* a été bien prouvée. La *linité plastique de Brinton* n'est également qu'une inflammation chronique.

L'étude du commémoratif doit donc être faite d'une façon très méticuleuse et a une grande valeur dans le diagnostic de la nature du rétrécissement que nous étudions. Ainsi que nous l'avons vu, il est généralement très net dans le cas de brûlure. Il faut donc rechercher si, dans l'histoire du malade, il n'y a pas eu déglutition de liquide caustique ou d'aliment trop chaud, à un moment donné. La phase aiguë qui l'a suivie aide toujours à retrouver cette cause.

Mais dans certains cas, l'accident a pu passer inaperçu, en particulier chez les tout jeunes enfants. Nous avons soigné un jeune garçon qui avait une sténose cicatricielle serrée un peu au-dessus du cardia, due certainement à une brûlure par caustique ou par aliment trop chaud, alors sans doute que l'enfant était en nourrice et dont les parents n'avaient pas été témoins.

Le sujet peut nier cet antécédant, dans les *tentatives de suicide* par exemple. En outre, les sténoses cicatricielles par caustique peuvent se produire *très tardivement après l'accident*. Une

1. Travaux de Weill, Péhu et Villard, *Lyon chirurgical*, oct. 1909.

malade que nous avons observée présentait une double sténose cicatricielle due à la déglutition d'acide sulfurique, remontant à quarante-cinq ans auparavant ; dans un autre cas, l'accident remontait à treize ans.

Inversement, les malades ont coutume de rapporter leurs troubles dysphagiques à un accident antérieur. C'est ainsi que nous avons eu à examiner deux épithéliomateux, dont l'un attri-

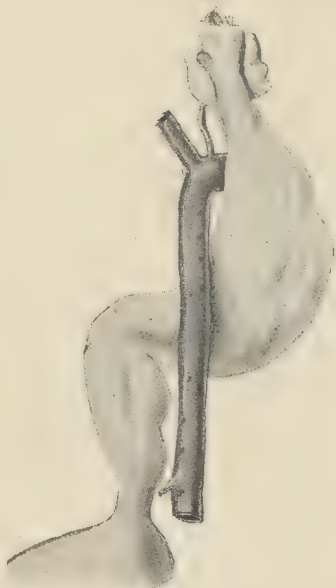


FIG. 1. — Pièce anatomique de grande dilatation (dite idiopathique) de l'oesophage. Traité d'Ebstein-Schwalbe.

buait tous ses accidents à la déglutition de liquide trop chaud, l'autre à l'absorption d'un liquide caustique.

Il faut rechercher également dans l'histoire du malade s'il n'y a pas eu déglutition de corps étranger, comme cet accident peut être très ancien, le sujet n'apporte pas toujours à ce commémoratif toute la valeur qu'il mérite. Il convient de s'enquérir surtout si le corps est resté longtemps en place, si des tentatives d'extraction ont été faites.

Enfin, le passé pathologique du malade amène parfois à rechercher comme cause une cicatrice due à un ulcère, à une ulcération par maladie infectieuse.

Quant aux sténoses cicatricielles inflammatoires, elles surviennent pour ainsi dire d'une façon spontanée, sans aucun commémoratif net que les phénomènes spasmodiques du début.

DIAGNOSNIC CLINIQUE.

Les signes cliniques bien étudiés aident-ils au diagnostic ?

Le tableau clinique de tous les rétrécissements de l'œsophage, quelle qu'en soit la nature (sténose d'origine endogène, exogène, compression, cicatrice, valvule, tumeur) est dominé par un grand symptôme : la *dysphagie progressive*, généralement indolente, qui, petit à petit, rend impossible toute espèce d'alimentation. A ce grand signe, se rattachent des symptômes secondaires : *vomissements, régurgitations, amaigrissement, cachexie*, que l'on retrouve avec à peu près les mêmes caractères dans toutes les sténoses, quelle qu'en soit la nature.

Existe-t-il dans les symptômes fonctionnels des sténoses cicatricielles, des éléments qui nous permettront de donner quelque précision au diagnostic ?

1° Sans doute *l'histoire clinique* d'un malade, atteint de rétrécissement cicatriciel *par brûlure* est caractéristique. Immédiatement après l'accident, survient une phase aiguë, douloureuse, avec dysphagie intense, vomissements sanglants, souvent troubles gastro-intestinaux graves et phénomènes de shock. Cette dysphagie complète persiste pendant plusieurs jours, entrecoupée par des expulsions sanguinolentes et de lambeaux de muqueuse œsophagienne escarrifiée, reproduisant parfois le moule de ce conduit sur une longueur plus ou moins grande. Puis, la déglutition redevient progressivement possible, pour revenir parfois à la normale, et tout semble rentrer dans l'ordre ; mais, pas pour longtemps, car au bout de quelques semaines, rarement quelques mois, la dysphagie se réinstalle progressive, tout d'abord, aux aliments solides, que le sujet est obligé de mastiquer lentement et d'insaliver longuement pour pouvoir avaler. Il brasse ses aliments, à la fois dans la bouche et dans la poche de dilatation qui précède le rétrécissement, se livrant à de véritables ruminations pour pouvoir avaler. Bientôt, les régurgitations sont de plus en plus fréquentes et les aliments solides même ainsi triturés ne passent plus. Il ne peut plus se nourrir que de liquides, pour arriver rapidement à la dysphagie complète.

La salivation est, comme on le voit, excessive, à la fois par réflexe (*réflexe œsophago-salivaire de Roger*) et par hyperproduction fonctionnelle. Les efforts prolongés de déglutition amènent une augmentation de la salivation et même une hypertrophie des glandes salivaires¹. Comme le malade avale mal,

1. Un de nos malades a une telle hypertrophie de ses parotides, qu'il semble, à première vue, avoir les oreillons.

durant la nuit, il bave sur son oreiller ; pendant le jour, il rend souvent des gorgées de salive épaisse, visqueuse, sous forme de régurgitations.

L'évolution progressive du mal est entrecoupée par de véritables *accès*, durant lesquels la dysphagie s'accroît *brusquement*. A l'occasion d'une impression nerveuse, d'un aliment irritant, d'un léger écart de régime, survient une *crise de spasme*, qui rend toute déglutition impossible ; ces accès durent souvent plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours. D'autres fois, il s'agit d'une *obstruction mécanique* ; le malade a avalé une bouchée un peu trop grosse, qui vient oblitérer la lumière libre de l'œsophage.

L'état général subit le contre-coup d'une alimentation aussi défectueuse ; le malade maigrit, se cachectise et la dénutrition fait de rapides progrès, jusqu'à la terminaison fatale ¹.

2° S'il s'agit d'une sténose *par plaie* ou *ulcère*, il faut rechercher dans le passé du malade, s'il n'y a pas eu plaie chirurgicale ou autre ou déglutition accidentelle, à un moment donné, de corps étranger, ou s'il n'y a pas eu, autrefois, quelque histoire d'ulcère, dont l'évolution est caractéristique ; ou quelque maladie infectieuse, pouvant, exceptionnellement, se localiser dans l'œsophage (diphthérie, fièvre typhoïde, syphilis, tuberculose).

Le tableau symptomatique est analogue à celui décrit précédemment à propos des sténoses par brûlures, à la phase cicatricielle ; toutefois, la dysphagie se fait remarquer par son apparition tardive après l'ulcération initiale et par sa lente évolution à devenir complète. C'est seulement plusieurs années (six ans dans un de nos cas et huit ans dans un autre) après la déglutition d'un os qu'apparaissent de nouveau des troubles œsophagiens ; c'est également plusieurs années après la constitution d'un ulcère que les malades se plaignent de nouveaux troubles dysphagiques. Cette évolution particulière est due sans doute à ce fait que le tissu cicatriciel n'atteint, dans ces cas, qu'une portion limitée de la muqueuse œsophagienne, les ulcérations et les plaies étant toujours moins étendues que les brûlures

1. Comme conséquence d'une alimentation insuffisante, et en particulier de l'alimentation lactée exclusive, nous avons constaté, chez les enfants, un développement incomplet et l'efféminisation des formes masculines. Chez deux jeunes garçons atteints, l'un de sténose congénitale, l'autre de sténose cicatricielle remontant au tout jeune âge, et qui n'avaient pu depuis leur naissance prendre absolument que du lait, le développement génital était incomplet ; l'un d'eux âgé de dix-huit ans était impubère ; les formes dans les deux cas étaient celles de petites filles.

par caustiques. Le rétrécissement est alors beaucoup plus long à se constituer.

3° Enfin, dans le cas de *sténoses inflammatoires*, le tableau clinique est tout à fait particulier.

Les symptômes étaient variables chez les malades que nous avons observés. a) Si la sténose succède au spasme, la symptomatologie, *au début*, est celle de cette affection avec ses caractères d'intermittence, de variabilité plus accentuée pour les liquides que les solides, etc.

Bientôt cette gêne transitoire devient permanente et alors est toujours beaucoup plus accentuée pour les aliments solides que pour les aliments liquides : le spasme a fait place à la sténose cicatricielle.

Au contraire, lorsque l'affection n'a pas été spasmodique, le *début est tout à fait insidieux*, se manifestant à l'occasion d'aliments mal mastiqués, trop durs, de viande, de pain qui ne passent plus. La gêne va s'accroissant progressivement, amenant la dysphagie de plus en plus complète.

b) Lorsque la *sténose est constituée*, des *troubles plus caractéristiques* vont apparaître, la dysphagie est de plus en plus marquée et la symptomatologie est alors celle des sténoses organiques qui évoluent généralement sans douleur ; cependant, dans certaines formes, l'œsophagite est douloureuse.

S'il y a un diverticule, et en particulier si la sténose atteint la bouche de l'œsophage, il existe de véritables *régurgitations*, sorte de *rumination* après les repas. Une partie des aliments que le malade a ingérés lui revient dans la bouche, sans efforts, un temps plus ou moins long après leur ingestion. Il rejette aussi très facilement, de temps à autre, une gorgée de mousse salivaire qui apparaît au moindre effort ou quand on appuie sur la langue avec la spatule. Il existe quelquefois de *véritables vomissements*, mais surtout dans les sténoses cardiaques ; ce sont de grands vomissements spontanés, sans efforts, dits *œsophagiens*. De ceux-ci, on peut rapprocher les *rejets de sécrétions glaireuses*, visqueuses et les pituites œsophagiennes. Les malades rejettent tous les jours plusieurs gorgées de liquide clair, gluant, acide, visqueux, qui les soulagent notablement. Ces expéditions sont précédées souvent par une sensation de gonflement et de malaise ; souvent les malades sont obligés de déterminer ces vomissements pour pouvoir dormir.

L'état général reste bon pendant longtemps, en particulier pour les sténoses de l'extrémité supérieure ; et, à ce sujet, il est remarquable de constater, à l'œsophagoscope, combien est sou-

vent petit l'orifice œsophagien qui peut permettre une alimentation à peu près suffisante. (Voir figure.)

Néanmoins, petit à petit, celle-ci devient de plus en plus difficile et l'amaigrissement s'installe; les liquides sont souvent plus mal absorbés que les choses solides et demi-molles; les malades arrivent finalement au dernier degré de la cachexie et à la mort par inanition.

Mais ce sont là des signes que l'on retrouve dans toutes les sténoses, quelle qu'en soit l'origine.

SIGNES PHYSIQUES.

Les *signes physiques* sont-ils meilleurs conseillers que les signes fonctionnels dans l'établissement du diagnostic?

1^o *L'inspection et la palpation* de la région œsophagienne ne donnent pas de renseignements bien précis, en cas de sténoses cicatricielles, sauf pour faire percevoir une dilatation cervicale sus-jacente à un rétrécissement. Un diverticule plein d'aliments, au-dessus d'une sténose haut située, peut gonfler la partie latérale du cou et être perçu également à la vue et à la palpation. Chez les gens amaigris et dans les formes graves, l'estomac étant très rétracté, le ventre se creuse en bateau ¹.

2^o *L'auscultation de l'œsophage* donne, dans certains cas, des indications plus précises (Hamburger). Si, chez un sujet normal, l'on ausculte à l'aide d'un stéthoscope le long du bord gauche de la colonne vertébrale, à hauteur de la partie moyenne de l'œsophage entre la 1^{re} et la 8^e dorsale pendant la déglutition d'une gorgée de liquide, on entend nettement deux bruits, qui ressemblent, le premier à une sorte de glissement et le second à un bruit de glouglou. Chez le sujet normal, le premier se produit au début de la déglutition, le deuxième, six à huit secondes plus tard. En cas de rétrécissement, le deuxième bruit, durant plus longtemps qu'à l'état normal, est retardé et peut n'être perçu que trente-huit à quarante secondes après, donnant la sensation de la pénétration de liquide à travers un orifice rétréci, s'accompagnant d'un bruit de gargouillement; il peut même ne pas exister, en cas de sténose serrée du cardia.

Mais ce signe n'existe, de façon nette, que lorsqu'il n'y a qu'un rétrécissement et bas situé.

Revidseff ² a indiqué un signe qui serait plus précis. Si après

1. Le toucher buccal permet bien d'atteindre l'extrémité supérieure de l'œsophage, mais ceci n'a aucun intérêt au point de vue des sténoses cicatricielles; il est vrai que certains auteurs (Jenart) affirment qu'en forçant on peut descendre beaucoup plus bas.

2. Revidseff, *Berlin. klin. Woch.*, 13 avril 1903.

le deuxième bruit, on ordonne au malade de faire un ou plusieurs mouvements de déglutition, on entend un bruit de glouglou, à chacune de ces contractions, qui peut se reproduire plusieurs fois, lorsque le rétrécissement est très serré.

Bien plus caractéristiques sont, à notre avis, les bruits de *gargouillement* qui accompagnent la déglutition, lorsqu'il y a dilatation sus-jacente au rétrécissement, que le malade perçoit lui-même et qui, dans le cas de diverticule *cervical*, peuvent même être entendus à distance¹; ils sont caractéristiques. Les contractions brusques de l'œsophage amènent ce bruit par la pulsion du liquide à travers la sténose, liquide que vient remplacer l'air. Lorsqu'il y a grande dilatation œsophagienne, si l'on fait avaler une certaine quantité de liquide et qu'on secoue le thorax du malade, on peut entendre un véritable bruit de *succussion œsophagienne*.

L'auscultation ne fournit en somme de signes valables que dans certains cas déterminés nous renseignant quand il y a un seul rétrécissement, dilatation sus-jacente, etc.; on ne lui attribue plus aujourd'hui une grande valeur en présence des moyens plus perfectionnés dont nous disposons.

3^e CATHÉTÉRISME DE L'ŒSOPHAGE.

Pour explorer l'œsophage véritablement par le toucher, on se sert du cathéter explorateur. On emploie depuis longtemps soit les tiges rigides en baleine, à l'extrémité desquelles peuvent se visser des olives d'ivoire de volume variable, ou les bougies molles en gomme ou même en caoutchouc remplies alors d'un métal dense (grenaille de plomb, mercure) destiné à donner de la rigidité à la bougie.

Les instruments devront être exactement aseptiques, et pour cela bouillis, trempés ou non dans une solution antiseptique. Les bougies sont imbibées dans une solution huileuse stérilisée. Il vaut mieux cocaïner au préalable l'arrière-gorge, par quelques badigeonnages d'une solution de cocaïne au vingtième.

Le malade est assis la tête droite ou légèrement infléchie en avant, pour régulariser un peu la courbe brusque qui de la sixième vertèbre cervicale s'étend aux deux premières dorsales². Le renversement en arrière expose en effet à la pénétration dans les voies aériennes.

1. Nous soignons plusieurs malades qui font un tel bruit, au moment de la déglutition des liquides, qu'ils ne peuvent, ni n'osent boire en société.

2. Mouton, *Du Calibre de l'œsophage et du cathéter explorateur*, thèse de Paris, 1874.

De la main droite, est introduit le cathéter au fond de la gorge, tandis que la main gauche déprime la base de la langue et dirige l'extrémité de l'instrument, de façon à ce qu'elle suive bien la paroi postérieure du pharynx. On rencontre souvent un peu de difficulté à pénétrer dans l'orifice supérieur de l'œsophage, surtout si l'on se sert de bougies molles. La bouche œsophagienne se contracte, en effet, facilement. On atténue cet inconvénient en faisant tirer la langue du malade; en appuyant légèrement avec la sonde, en la maintenant simplement au contact, elle pénétrera d'elle-même dans l'œsophage. On réussit parfois en faisant exécuter au patient des mouvements de déglutition. La bouche œsophagienne une fois franchie, la bougie glisse facilement, chez un sujet normal, jusque dans l'estomac.

S'il existe un obstacle dans l'œsophage, la bougie *butte* dans la descente. Appuyer légèrement sans forcer, maintenir simplement la bougie au contact; si au bout de quelques secondes l'obstacle ne cède pas, retirez la bougie et remplacez-la par une de moindre calibre, jusqu'à ce qu'elle puisse franchir le rétrécissement.

Le cathétérisme nous fixe donc sur l'*existence* d'un rétrécissement et sur son *siège*. En retranchant, en effet, de la longueur totale de la bougie, qui a pénétré, 16 centimètres, distance de la bouche œsophagienne aux arcades dentaires, on a le siège exact de la sténose.

Le diamètre de la bougie ou de la boule qui la franchit à frottement nous indiquera le *degré* du rétrécissement, si aucune ne peut la franchir, même une filiforme, il est dit *infranchissable*.

Le cathétérisme nous renseigne en outre sur la *consistance* du rétrécissement (s'il est plus ou moins dur), parfois même sur la *longueur* du rétrécissement, et aussi sur le *nombre de rétrécissements*, par les différents arrêts ou ressauts, que subit l'extrémité du cathéter.

En vue d'explorer l'œsophage, on a construit des cathéters coudés, pour pénétrer et mesurer les diverticules, des sondes armées de cire pour épouser la forme de la sténose (Holmes).

Mais, il est toute une série de *causes d'erreur* possibles par le cathétérisme, l'instrument peut *butter* sur une bride, une valvule latérale qui n'obstrue que partiellement la lumière de l'œsophage, il peut pénétrer dans un cul-de-sac, qui descend plus bas que la sténose elle-même. L'*excentricité du pertuis*, reliquat de la lumière œsophagienne, peut le rendre impénétrable. En cas de rétrécissements multiples, si le centre de ceux-ci n'est pas exactement superposé, la bougie peut franchir le premier et

butter sur le second. Le *spasme secondaire* qui est particulièrement réveillé au contact de la bougie qui veut franchir l'orifice du rétrécissement augmente momentanément la sténose et peut la faire croire infranchissable. Un anneau de *spasme secondaire* peut arrêter la sonde bien au-dessus du rétrécissement proprement dit, cela même de façon durable, lorsqu'il y a contracture spasmodique.

Le cathétérisme explorateur est très difficile à pratiquer chez l'enfant, impossible même souvent sous anesthésie générale.

Enfin, le cathétérisme n'est pas toujours *sans danger*.

L'accident qui arrive parfois de la pénétration de la bougie dans les voies aériennes ne présente aucun inconvénient réel, à la condition de ne pas insister dès que l'on est averti par la quinte de toux. Il est favorisé parfois par certaines dispositions pathologiques du larynx (paralysie récurrentielle).

On a signalé des ruptures de parois friables, des hémorragies mortelles, des médiastinites suppurées consécutives à un simple cathétérisme. Une perforation complète de l'œsophage n'est pas nécessaire pour amener la production de ces complications ; il suffit d'un simple traumatisme, d'une ulcération. Nous croyons qu'elles sont dues surtout à l'emploi d'instruments défectueux, en particulier les instruments rigides, bougies ou autres, *les boules en ivoire*, à l'extrémité de tiges en baleine, encore communément employées ont donné lieu à bien des méfaits. Elles *devraient être prosrites de l'arsenal chirurgical*. L'olive, qui veut franchir une sténose sans conducteur souple, ne peut appuyer sur une paroi friable sans crainte de la rompre. Au contraire, la bougie molle en gomme se replie en pareil cas et si les données qu'elle fournit sont un peu moins précises, elle doit être toujours préférée.

Il est du reste certaines contre-indications, qui proscrivent le cathétérisme d'une façon absolue, les douleurs, une brûlure récente, une poussée d'œsophagite, le mauvais état général du malade, l'existence d'un anévrisme aortique. De là, l'indication de faire toujours précéder le cathétérisme d'un examen soigneux du thorax du malade et même si possible d'un examen aux rayons X.

Nous voyons donc qu'un cathétérisme prudent donne des renseignements très utiles, en particulier sur le siège et le degré d'une sténose, à la condition toutefois de se conformer à des règles strictes, de n'employer que la bougie molle en gomme et de se conformer à ce précepte : glissez, mais n'appuyez pas avec votre cathéter.

Il faut, en un mot, ne pas vouloir trop demander à cette exploration. Nous avons aujourd'hui d'autres moyens plus perfectionnés pour nous renseigner sur les données qu'on demandait à tort et en vain autrefois au cathétérisme.

Tels : la radioscopie, radiographie et surtout l'œsophagoscopie.

4^o EXPLORATION RADIOGRAPHIQUE ET RADIOSCOPIQUE DE L'ŒSOPHAGE.

A l'état normal, l'œsophage, en raison de sa structure musculo-membraneuse, et de la faible épaisseur de ses parois échappe à l'examen radiologique direct. Mais indirectement il peut être exploré par l'intermédiaire de substances opaques introduites à son intérieur, mercure, plomb ou bismuth.

Pour explorer l'œsophage aux rayons X, il convient de placer le malade en *position oblique* antérieure droite ou postérieure gauche, pour mettre en évidence l'*espace clair médian* où se trouve l'œsophage, entre l'ombre de la colonne vertébrale d'une part, et l'ombre cardio-aortique d'autre part.

On peut, dans l'examen oblique, à l'aide d'une sonde introduite à son intérieur et garnie de mercure ou de grenaille de plomb en étudier le trajet. L'ombre de la sonde alors se détache très nettement sur l'espace clair médian.

L'emploi de cathéter opaque permet de reconnaître les déviations, l'allongement de l'œsophage et le siège d'un rétrécissement. Mais généralement aujourd'hui, et depuis les travaux de Holzknecht¹, on emploie comme plus simple et plus inoffensive, la déglutition du bismuth. On fait avaler au malade soit un cachet de bismuth, soit un lait de bismuth.

Pour l'examen des organes intrathoraciques de l'œsophage en particulier, le choix se portera de préférence sur l'exploration radioscopique. Bien mieux que la radiographie, l'écran fluorescent représente la vie avec ses ombres mobiles, il permet d'étudier le cheminement du corps opaque dégluti et la physiologie proprement dite de l'œsophage, tandis que les images figées sur une épreuve radiographique ont une immobilité de mort et ne présentent plus que des pièces anatomiques (Béclère).

L'exploration radiologique permet d'obtenir deux ordres de renseignements :

1^o Sur le siège du rétrécissement, à l'aide d'un cachet de bismuth ;

1. HOLZKNECHT. Zur diagn. der OEsoph. Sténose, *Deutsch. med. Woch.*, 1900, n^o 36.

2° Sur la longueur, le calibre, la forme du rétrécissement, à l'aide d'un lait de bismuth.

Avant toute exploration, il convient toujours de se renseigner sur l'état du canal aortique, sa dilatation ou son ectasie. La répétition des examens à l'écran a montré la fréquence insoupçonnée des dilatations, des petites ectasies aortiques qui ne se manifestent subjectivement et cliniquement que par une gêne de la déglutition.

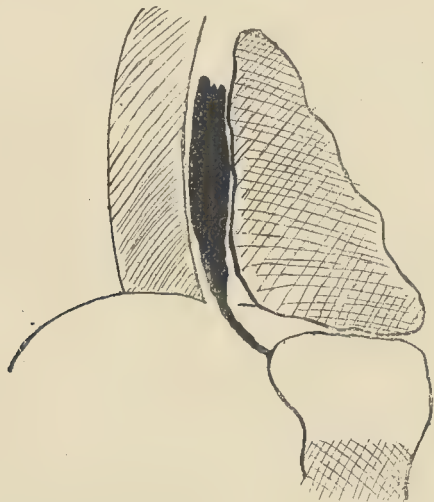


FIG. 2. — Rétrécissement de la partie sus-ara-diaphragmatique (Aubourg). le mince filet de bismuth indique la longueur et le degré de rétrécissement.

Dans le cas de rétrécissement de l'œsophage, le cachet de bismuth, qui normalement traverse l'œsophage et franchit le cardia en deux à six secondes, est arrêté à un point variable du conduit, très souvent aux points normalement rétrécis signalés par Morosow, Mickulicz. Dans ce cas, le cachet s'arrête d'une façon permanente ; parfois on constate des mouvements antipéristaltiques.

Si l'on donne un lait de bismuth, on constate de nouveau un arrêt au même endroit, puis le bismuth traverse le rétrécissement, en montrant sa longueur, son calibre (fig. 2).

L'usage du lait de bismuth nous renseigne également, d'après la forme et les dimensions variables de la colonne d'ombre au-dessus de la sténose, si celle-ci est précédée d'une *dilatation* de l'œsophage, il est possible ainsi d'en apprécier les dimensions, la

forme (fig. 3 et 4). Il est facile également ainsi de révéler la présence de *diverticules*, leur siège, leur origine exacte.

Le diagnostic doit être fait : avec un spasme simple, mais le cachet finit par passer en bloc, après un arrêt plus ou moins long ; avec une dilatation congénitale de l'œsophage, au-dessus d'un point congénitalement rétréci ; avec un diverticule de l'œsophage, mais ces diverticules siègent très haut et en avant du conduit ; avec l'atonie de l'œsophage, caractérisée par ce fait que les liquides passent mieux que les substances solides (Holzknecht).

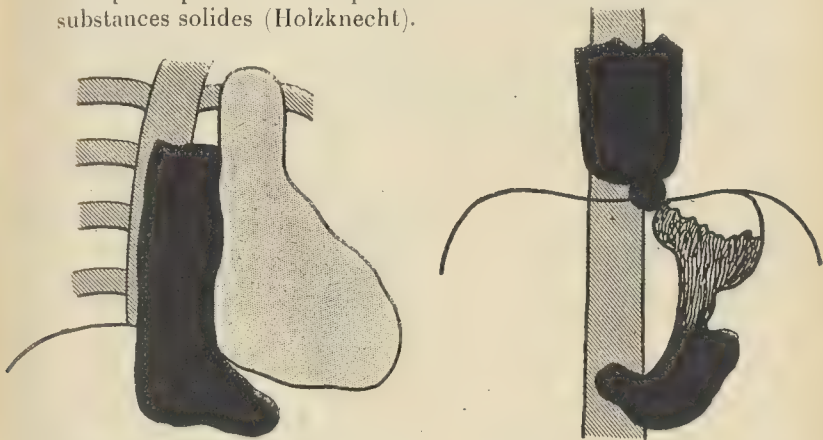


FIG. 3. — Vue oblique du thorax. FIG. 4. — Vue antérieure du thorax.

Volumineuse dilatation acquise de l'œsophage (Nélaton). On voit une poche œsophagienne remplie de bismuth (Bourdel, Aubourg).

Est-il possible de par les rayons X de préciser la nature d'un rétrécissement ? Certains auteurs affirment qu'il est possible de voir aux rayons X des tumeurs œsophagiennes ; le tissu néoformé étant de densité plus élevée que le tissu sain, on verra nettement une ombre à l'écran. Mais, en réalité, la radioscopie ne donne, dans ces cas, que des renseignements très aléatoires et à plus forte raison lorsqu'il n'y a pas de tumeur proprement dite et simplement sténose cicatricielle par exemple (Aubourg).

De plus, le contrôle œsophagoscopique nous a montré que, quelquefois, des anneaux de contracture spasmodique peuvent tromper sur le siège exact des rétrécissements, le bismuth se trouvant arrêté au-dessus du rétrécissement proprement dit.

Il conviendrait aussi de faire suivre l'exploration à la bouillie bismuthée d'un *lavage abondant de l'œsophage* avec le tube de

Faucher ; dans 3 cas, en effet (une fois dans un cas de cancer, deux fois dans des rétrécissements cicatriciels inflammatoires du cardia), nous avons observé la transformation d'une dysphagie incomplète en dysphagie absolue depuis l'exploration radioscopique au bismuth. Nous avons dû, sous œsophagoscopie, démasquer le bismuth qui s'était accumulé au niveau de la sténose très étroite ¹.

Quoiqu'il en soit, cette méthode est d'une grande valeur dans l'exploration des *sténoses cicatricielles*, nous fixant sur l'existence réelle d'une sténose organique, son siège exact et l'état de plus ou moins grande dilatation de l'œsophage dans la portion sus-jacente. Les rayons X peuvent, en somme, préciser l'anatomie morphologique du rétrécissement, mais, dans aucun cas, ils ne

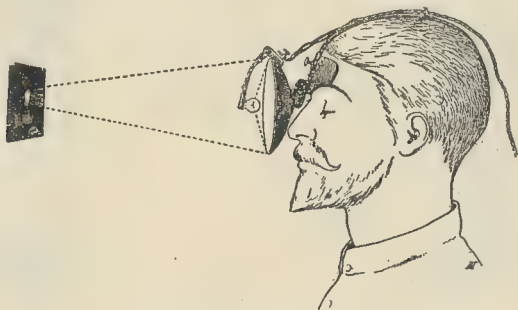


FIG. 5. — Éclaireur œsophagoscopique de l'auteur.

nous permettent pas de préciser la *nature* d'une sténose de l'œsophage ².

L'œsophagoscopie seule permet de résoudre ce problème.

EXAMEN ET DIAGNOSTIC OESOPHAGOSCOPIQUES.

On sait en quoi consiste l'œsophagoscopie ; c'est l'examen direct de la cavité œsophagienne à l'aide d'un simple tube de calibre approprié, l'*œsophagoscope*, introduit avec ou sans mandrin par la bouche, la tête étant fortement renversée en arrière. L'éclairage à l'extrémité du tube est obtenu soit (mode le plus pratique) à l'aide d'un miroir de Clar modifié à long foyer (éclaireur de Guisez), soit à l'aide d'un système éclairant inclus dans

1. L'un de ces malades, atteint de sténose cicatricielle du cardia qui avait été examiné à Lyon, aux rayons X, a été pris à la suite d'une dysphagie absolue, même à la salive, qui durait depuis trois jours lorsque nous l'avons examiné et débarrassé à l'œsophagoscope.

2. Dr Aubourg, *Société de l'Internat*, janvier 1912, et communication écrite.

le manche (Brünnings) ou d'une petite lampe interne glissée à l'extrémité du tube (Kolher, Jackson).

Instruments. — Nous employons des tubes munis à leur extrémité distale d'un entonnoir mobile. Le tube employé sera de petit calibre : 13 millimètres chez l'adulte, 7 à 9 chez l'enfant, avec mandrin court.

Lorsqu'il y a sténose à la portion toute supérieure de l'œsophage, il convient d'introduire le tube sans mandrin et de déplisser avec précaution les parois de l'œsophage pour ne pas s'engager dans un des culs-de-sac latéraux, ce qui pourrait se produire avec la plus grande facilité.

Nous conseillons de toujours *faire précéder l'endoscopie du cathétérisme avec la bougie molle* : celui-ci a l'avantage de donner une indication précise au sujet du siège probable de la

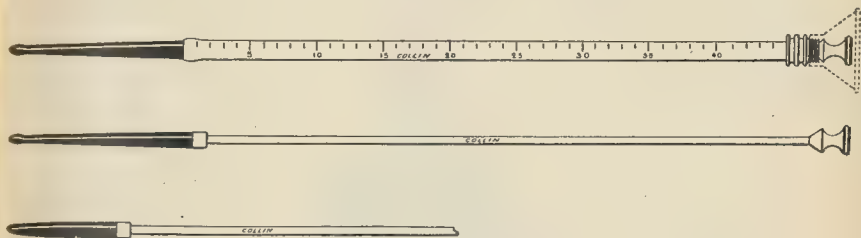


FIG. 6. — Tube œsophagoscopique avec mandrin et entonnoir.

sténose, indication très utile pour les dimensions du tube à employer.

Nous pratiquons systématiquement tous nos examens dans la position couchée (position de Rose) et nous la conseillons toujours comme la moins fatigante pour le malade, celle qui l'immobilise le mieux et la plus favorable aux interventions.

L'*anesthésie locale* sera presque toujours suffisante¹ chez l'adulte ; dans certains cas (sujets nerveux) elle sera *générale*, mais, même lorsqu'on emploie celle-ci, il convient d'adjoindre l'anesthésie locale, lors des temps difficiles de l'introduction du tube : pénétration au niveau de l'orifice supérieur, pour combattre un anneau de spasme, etc. Chez l'enfant l'anesthésie sera toujours générale.

L'usage de la *spatule hypopharyngoscopique* pourra rendre les plus grands services ; elle permet de bien voir les lésions de l'hypopharynx, et, lorsque l'on soupçonne une sténose de l'ori-

1. On peut, pour faciliter l'examen sous anesthésie locale, pratiquer, un quart d'heure auparavant, une piqûre de morphine ou pantopon.

ficé supérieur de l'œsophage, nous conseillerons de toujours faire précéder l'œsophagoscopie de cette *hypopharyngoscopie*.

La première constatation que permet de faire l'œsophagoscopie concerne *le nombre et l'étendue* des sténoses cicatricielles.



FIG. 7. — Multiples rétrécissements par brûlure de l'œsophage avec trois rétrodilatactions (schéma d'après nature).

Dans les cas de rétrécissement consécutif à un *corps étranger*, *ulcère* simple ou *œsophagite*, la sténose est généralement unique, occupant une faible étendue de la paroi œsophagienne.

Les rétrécissements dus aux caustiques sont presque toujours multiples. C'est aux deux portions cervicale et cardiaque que nous avons observé le plus fréquemment ces sténoses, ou, dans

le cas de sténoses multiples, c'est en ces deux points et principalement au niveau du cardia qu'elles sont toujours le plus serrées, et ceci s'explique très bien si l'on se rappelle la configuration même de l'œsophage sur le vivant : cavitaires à sa partie moyenne et tubulaires à parois accolées aux deux extrémités. C'est en ces points que s'arrêteront les caustiques, d'autant que la brûlure amène, au moment de sa production, une contracture spasmodique des sphincters initial et terminal.

Sur 40 cas de sténoses cicatricielles par brûlures infranchissables que nous avons examinés, 13 fois le rétrécissement était *unique* et dans 10 cas il siégeait au cardia, dans 3 à la portion cervicale inférieure ; — 27 fois la sténose était *multiple* et alors dans 23 cas le rétrécissement le plus serré siégeait dans la portion cardiaque de l'œsophage et principalement au niveau de l'hiatus œsophagoscopique et 3 fois à la portion cervicale inférieure, 1 fois au tiers moyen. (Voir *Tableau statistique* de la fin de ce travail.)

C'est donc au cardia que les lésions se localisent avec prédilection.

Les sténoses cicatricielles occupent souvent un très long segment de la paroi œsophagienne.

Le premier qui a vu et décrit une sténose cicatricielle de l'œsophage, c'est von Mickulicz en 1881. Von Hacker, en 1889, relate dans un travail sur les rétrécissements cicatriciels consécutifs aux brûlures les résultats de ses patients examinés œsophagoscopiques.

Les rétrécissements cicatriciels donnent un *aspect variable* à l'œsophagoscope, suivant que le processus de cicatrisation est plus ou moins ancien.

1^o CAS ANCIENS. — a. *Sténoses cervicales*. — D'une façon générale on peut dire que les cicatrices sont faciles à reconnaître *de visu*. Elles font saillie et se détachent facilement sur la muqueuse environnante.

Lorsqu'elles siègent au voisinage de l'*orifice supérieur*, celui-ci est serré et infranchissable au tube œsophagoscopique, ou bien il s'agit d'une sorte de diaphragme blanc, lisse, infiltré avec orifice, reliquat de la lumière œsophagienne, central ou rejeté à droite ou à gauche. Comme aspect un peu particulier, nous pourrions citer celui que présentait un jeune garçon que nous dilatons régulièrement, dont l'hypopharynx était fermé par une sorte de diaphragme fibreux qui s'est reproduit malgré plusieurs pharyngotomies et qui présentait un tout petit pertuis latéral droit à direction antéro-postérieure.

Mais l'aspect le plus commun consiste, après avoir franchi la bouche de l'œsophage, à voir des sortes de brides cicatricielles s'entre-croisant sur les parois de l'œsophage (voir fig. 8). Celui-ci semble même un peu dilaté immédiatement après son origine, puis sa lumière se rétrécit en entonnoir. Si l'on essaie de la franchir avec le tube, on voit qu'il y pénètre comme un col dans la cavité vaginale. Toute la paroi est blanche et cicatricielle. Dans certains cas, au centre même du pertuis, la muqueuse reste rouge ; ceci indique que la muqueuse œsophagienne est restée normale au-dessous du diaphragme cicatriciel.

Ces sténoses de l'origine s'accompagnent presque toujours de volumineuses dilatations de l'hypopharynx, de *diverticules*.

Si l'on fait sous endoscopie le cathétérisme avec une bougie filiforme, on apprécie la longueur de la portion rétrécie, d'après la sensation spéciale que perçoit la main qui cathétérise ; on se rend très bien compte si la bougie est serrée et sur quelle longueur elle l'est.

Lorsque la sténose initiale *siège un peu plus bas*, à la portion inférieure cervicale, il est commun de constater la dilatation de l'origine même de l'œsophage. Il y a là, comprise entre le sphincter supérieur et la portion sténosée, une sorte de véritable poche, de jabot dans lequel séjournent les aliments, avant de passer plus bas et de s'écouler petit à petit à travers la sténose. Le sphincter supérieur se laisse souvent lui-même forcer et l'hypopharynx prend part à la dilatation. Chez un jeune enfant que nous avons soigné, cette poche était très volumineuse ; chez un autre, il s'agissait d'un véritable diverticule. Il existe alors, sur les parois de cette poche, aux confins de la stricture cicatricielle, des brides saillantes, blanches, faisant saillie sur la muqueuse environnante restée saine, et s'en distinguant par leur coloration. Si, cependant, la muqueuse a été brûlée sur une grande étendue mais superficiellement, les brûlés sont de moins en moins visibles.

L'*œsophagite secondaire*, due à l'inflammation chronique de la muqueuse par la stase des aliments dans la poche, amène la blanchéur, la décoloration de celle-ci et empêche parfois de bien distinguer les cicatrices.

Le *pertuis reliquat du canal œsophagien* se présente sous un aspect différent, tantôt circulaire ; tantôt ovalaire, sous forme de fente, mais la plupart du temps, dans les rétrécissements serrés, il est punctiforme. Dans le plus grand nombre des cas observés, la lumière était *excentrique*. C'est la situation excentrique de cet orifice qui explique la difficulté du cathétérisme fait à l'aveugle

et, au contraire, le succès de la dilatation sous œsophagoscopie qui permet de retrouver l'orifice et d'y diriger directement la bougie dilatatrice. (Voir fig. 9, 33 et 34.)

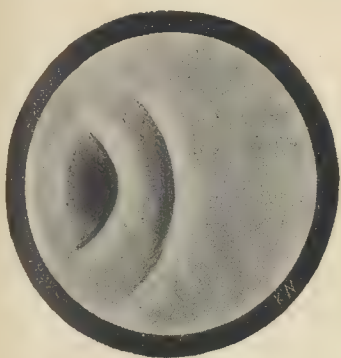


FIG. 8'. — Double valvule cicatricielle par brûlure de l'œsophage (1/3 moyen).



FIG. 8''. — Sténose cicatricielle par brûlure de la bouche de l'œsophage. (Cas n° 9 de notre statistique.)

b. *Sténose du tiers moyen*. — Les sténoses cicatricielles du tiers moyen sont les plus rares et elles n'existent jamais à l'état isolé ; elles s'accompagnent toujours de cicatrices du cardia ou

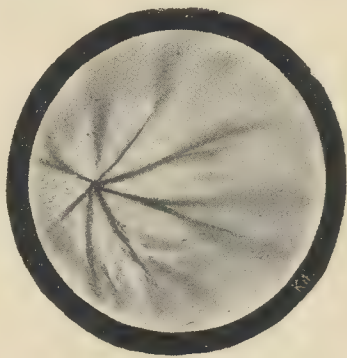


FIG. 9. — Sténose cicatricielle par brûlure de l'œsophage (tiers inférieur) à pertuis rejeté à gauche. (Cas n° 16 de notre statistique.)

de la région cervicale. Elles sont généralement peu serrées. On distingue souvent dans ce cas plusieurs brides saillantes, véritables valvules en demi-lune, immédiatement au-dessus du point sténosé. (Voir fig. 8.)

c. *Sténoses cardiaques*. — Quand le rétrécissement siège *au niveau du cardia*, localisation la plus fréquente (33/40 d'après notre statistique), la sténose cicatricielle présente une forme en entonnoir ou a l'aspect d'un diaphragme à pertuis plus ou moins étroit.

Lorsqu'il existe des rétrécissements du tiers inférieur, la dila-

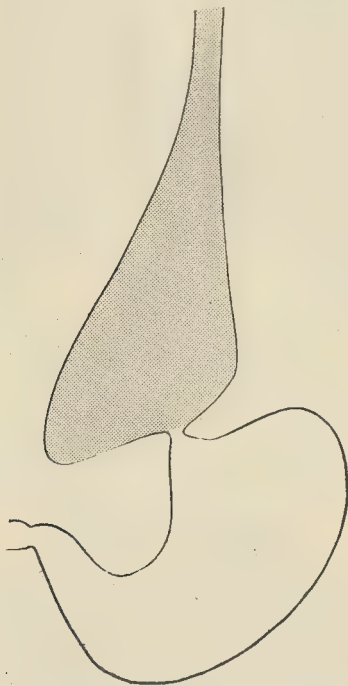


FIG. 10. — Grande dilatation de l'œsophage avec cul-de-sac droit descendant plus bas que le cardia (consécutif à sténose inflammatoire cicatricielle du cardia).

tation sus-jacente peut être *très* volumineuse. Elle peut présenter des culs-de-sac produits parfois artificiellement, à la suite des tentatives de dilatation. C'est dans ces culs-de-sac que les sondes se perdent lors des tentatives de cathétérisme. (Voir fig. 10.) La poche de dilatation contient des débris alimentaires, de la salive, du mucus en grande quantité. Lorsque la sténose est très marquée, le contenu exhale une odeur de fermentation, et c'est ce liquide qui, en croupissant dans l'œsophage, amène des lésions d'œsophagite secondaire.

Lorsque les parois sont scléro-cicatricielles superficiellement, elles conservent *leur mobilité* et suivent les mouvements respiratoire et cardiaque ; mais, lorsque les lésions sont profondes, les parois au pourtour de la sténose sont rigides et infiltrées et la respiration n'a aucune influence sur elles, l'inspiration en particulier ne peut plus dilater la lumière du cardia.

L'évolution des lésions est très variable suivant les cas. Il est commun de voir des rétrécissements très accusés quelques mois après la brûlure, mais on en voit d'autres à évolution particulièrement lente, qui mettent des années à obstruer l'œsophage. C'est ainsi que nous avons observé, chez une femme de cinquante-quatre ans, une sténose cicatricielle à rétrécissements multiples qui était consécutive à l'absorption de potasse caustique quarante ans auparavant. La sténose avait permis une alimentation suffisante pendant toute cette période ; elle n'était devenue serrée que quelques mois avant l'examen, menaçant de devenir complète. Il est probable que, dans ces cas, la brûlure peu profonde a amené une contracture spasmodique, d'où sténose des aliments au-dessus et œsophagite qui, à la longue, a augmenté le rétrécissement par sclérose de la paroi œsophagienne.

2° LA STÉNOSE EST RÉCENTE. — L'examen œsophagoscopique est rarement pratiqué à cette phase. L'aspect est tout différent. La muqueuse est rouge, tuméfiée, avec quelques stries blanches, et au niveau des brûlures il existe du tissu de granulation qui ne tardera pas à se transformer en tissu cicatriciel.

L'œsophagoscopie nous permet donc d'affirmer la nature et les caractères exacts des rétrécissements cicatriciels. Elle en fixe le siège, le nombre.

Elle nous fait aussi reconnaître la forme, la situation exacte du pertuis reliquat de la lumière œsophagienne, souvent réduit à un orifice d'une étroitesse extrême et l'ayant bien en vue il devient possible de cathétériser un rétrécissement qui était autrefois infranchissable, ce qui va devenir la clef de toute la thérapeutique.

(A suivre.)

LE MASSACRE D'AMYGDALES

Par **John N. MACKENZIE**, M. D.Professeur de laryngologie et rhinologie à l'Université John Hopkin,
et de laryngologie à l'Hôpital John Hopkin.

[Traduction par KERAUDREN, de Saint-Brieuc.]

Depuis cinq ans, des confrères me demandent instamment de protester bien haut contre la destruction et l'ablation des amygdales que l'on fait en masse et sans raison, et qui constituent, de nos jours, le plus grand abus de la laryngologie. Ils ont été assez aimables pour dire que cette protestation, venant de quelqu'un qui a pris part pendant ces vingt-cinq dernières années aux discussions sur ce sujet et sur les autres abus en chirurgie laryngologique ne serait pas déplacée.

Un de ces amis, chirurgien général distingué de grande expérience, ayant une longue pratique et une haute valeur professionnelle, insistant à ce point de vue auprès de moi, me disait que de toutes les manies chirurgicales, ce massacre des amygdales en était la plus dangereuse, sans même en excepter l'opération de l'appendice. Je sais que tout le monde peut se tromper, et je n'entreprends pas ce travail sans une certaine hésitation, et même sans une certaine timidité, mais je crois qu'on m'excusera de dire quelques mots sur ce que je considère être l'intérêt de la santé et de la sécurité publiques. Je veux tout d'abord bien m'expliquer. Je n'ai pas l'intention de critiquer qui que ce soit, ni de m'attribuer une supériorité dans le traitement des maladies de l'amygdale.

Je ne veux pas non plus faire peser les responsabilités sur d'autres ; moi aussi, autrefois, suis tombé dans les mêmes travers, et on a dit un jour, plaisamment, que la rue, devant mon cabinet, était pavée de cornets de mes victimes.

Qu'il y ait un grand nombre de cas où la destruction plus ou moins complète de l'amygdale s'impose, c'est là un axiome qu'il est inutile de discuter. Nous avons tous, dans de nombreuses circonstances, enlevé des amygdales et nous continuerons à le faire, quand cette opération sera jugée nécessaire. Je veux simplement faire comprendre que, en faisant un choix judicieux des cas à opérer, nous nous laisserons guider par le bon sens commun et que nous ne nous laisserons pas entraîner par ceux qui ne peuvent que discréditer notre spécialité aux yeux des hommes réfléchis et honorables.

Il y a plusieurs années, Austin Flint faisait passer un examen de physiologie à l'École médicale de l'Hôpital Bellevue à New-York. Parmi les candidats se trouvait un jeune homme brillant à qui Flint posa la question suivante : « Quelle est la fonction de la rate ? » Et le candidat répondit que la fonction de la rate était de s'hypertrophier au cours de la malaria. A la question suivante : « Quelle est la fonction de l'amygdale ? » le jeune homme déclara que le rôle de l'amygdale était de grossir et de suppurer dans l'esquinancie. « Très bien », dit Flint, « vous avez très bien passé, car vous en savez autant que moi sur ce sujet. » Longtemps avant, une célébrité médicale de l'autre côté de l'Atlantique avait dit que, s'il essayait, comme Frankenstein, de fabriquer artificiellement un homme, il laisserait de côté les amygdales. Autrement dit, à cette époque, et même assurément depuis un temps immémorial, l'amygdale était considérée comme un appendice complètement inutile encombrant la gorge et que, par suite, on devait enlever. Comme sa voisine, la luette, elle était sacrifiée au moindre prétexte, ou lorsque le médecin ne savait plus que faire. Je me souviens, au cours d'une discussion il y a longtemps, sur l'hémorragie après amygdalotomie devant une société de New-York, un laryngologiste distingué rapporta qu'il avait enlevé sans accident plusieurs milliers (j'en ai oublié le nombre exact) d'amygdales, à quoi un auditeur incrédule et chercheur et ayant l'esprit tourné aux mathématiques, fit la remarque que l'opérateur, pour avoir enlevé tant d'amygdales au cours de sa vie, avait dû en enlever une moyenne d'un boisseau par jour.

Cette ablation générale des amygdales, qui régna dans les débuts de la laryngologie, reçut un rude coup lorsque, au siècle dernier, on déclara que l'amygdale était physiologiquement en rapport direct avec la virilité du mâle. Il résultait de cette conception lumineuse, qui dut principalement sa vogue à des hommes éminents comme Chassaignac, que la destruction ou l'ablation des amygdales aboutissait à une diminution ou à une abolition de la reproduction. Cette doctrine du même coup rendait l'amygdalotomie impopulaire dans la clientèle masculine ; mais quand cette lutte homérique au sujet de cette question passionnante fut apaisée et qu'on se fut rendu compte qu'il n'y avait aucun fait probant en faveur de ces prétendus rapports, le massacre d'amygdales reprit de plus belle.

Mais jamais dans l'histoire de la médecine la manie d'opérer les amygdales n'a été aussi grande qu'à notre époque. Ce n'est pas simplement la soif chirurgicale dont nous avons tous souffert

lors de nos débuts, absolument comme nous avons souffert de la rougeole dans nos jeunes années ; c'est une manie, une folie, une obsession. Elle s'est attaquée non seulement à la profession générale, mais aussi à la clientèle. Un laryngologiste distingué, d'une de nos plus grandes villes, vint un jour se confesser humblement à moi que toutes les fois qu'il avait pratiqué une amygdalotomie, il l'avait fait alors qu'il ne jugeait pas cette opération indispensable, uniquement pour satisfaire la lubie populaire et ne pas perdre sa clientèle.

Aujourd'hui le client, avec ou sans l'avis de son médecin, insiste pour qu'au moindre malaise, on lui enlève complètement l'amygdale. Si j'en avais le temps, je pourrais vous conter à ce propos, quelques traits amusants.

Je vous en citerai seulement un. Il y a quelques jours, une femme m'amena sa petite fille de six ans en me priant de voir s'il n'y avait pas lieu de lui enlever ses amygdales. Les fosses nasales et la gorge ne présentaient rien d'anormal.

L'enfant était en parfaite santé et ne se plaignait de rien. Je dis à la mère : « Votre enfant est très bien, pourquoi voulez-vous lui faire enlever les amygdales ? » — « Parce qu'elle urine parfois au lit ».

Dans les rapports annuels de presque tous les hôpitaux où on se consacre aux maladies du nez et de la gorge, le nombre des amygdales enlevées, comparé avec toutes les autres opérations des voies respiratoires supérieures, est simplement effrayant. Comme contraste reposant à l'énumération ordinaire de ces statistiques, laissez-moi vous citer, extraites du rapport d'un hôpital d'enfants de la ville bien connu, ces paroles raisonnables et sages :

« Un grand nombre de cas, augmentant tous les ans, concerne les opérations d'amygdales hypertrophiées ou de végétations adénoïdes. Ces dernières en général s'imposent et donnent de bons résultats, sans aucun risque. La dernière inspection générale des gorges chez les écoliers a révélé ce fait que presque tous les enfants, à une certaine époque de la vie, ont des amygdales plus ou moins hypertrophiées.

« Notre conviction est que cette hypertrophie est sans conséquence, pour ne pas dire qu'elle est même physiologique, et que l'ablation dans ces cas est non seulement inutile mais qu'elle est même nuisible au développement général de l'enfant.

« La rareté du rhumatisme ou de l'endocardite chez les enfants, alors qu'ils ont presque tous de grosses amygdales, prouve que leur ablation ne s'impose que lorsque, mécaniquement, elles gênent la respiration, la déglutition, ou la parole. Même dans ces cas il vaut mieux les enlever avec l'amygdalo-

tome à moins qu'une extirpation radicale ne soit motivée par d'autres raisons. »

Je ne puis mieux faire, pour exprimer l'opinion générale sur ce sujet, que de citer les paroles du Professeur Swain de l'Université de Yale, dans le discours admirable par lequel il ouvrit le débat sur cette question à la dernière réunion de l'Association américaine de laryngologie à Philadelphie : « Quand un auteur parle de son expérience portant sur plus de 9.000 cas, en rapportant tout particulièrement 3.000 enlevés en dedans de la capsule, dans l'intervalle de six ou sept ans, la seule méthode qui, d'après lui, ait réellement de la valeur, on ne peut pas lui dénier une certaine compétence, tout au moins sur la valeur des différentes méthodes à employer. Mais aussi on en conclura qu'en enlevant complètement l'amygdale il ne croyait pas priver la malade d'un organe important. Du moment que beaucoup de chirurgiens, dans tous les pays, font, de parti pris, cette énucléation aussi complète que possible de l'amygdale, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, c'est qu'évidemment ils estiment que d'une manière générale, ces amygdales sont mieux dehors que dedans. La question de l'aspect extérieur de l'amygdale, de sa structure, de son état, n'a sans doute pour eux aucune importance. »

Des conversations téméraires et incontinentes, dont leurs maîtres sont souvent en grande partie responsables, ont faussé l'esprit des jeunes générations d'opérateurs et ont poussé la clientèle à l'hystérie. C'est ainsi qu'on leur a enseigné que l'amygdalotomie était non seulement une bonne chose, mais encore qu'elle mettait à l'abri du rhumatisme et des maladies de cœur. On leur a dit qu'en faisant disparaître l'amygdale, ils feraient disparaître du même coup ces maladies. Journallement des parents amènent au laryngologiste leurs enfants, admirablement bien portants, en demandant de leur enlever leurs amygdales à seule fin de leur éviter ces affections. L'amygdalotomie est recommandée comme moyen curatif de la douleur dans le rhumatisme articulaire aigu.

Mais l'origine de cette dernière maladie a récemment été attribuée à une infection de la muqueuse nasale, survenant après l'opération. Demain elle viendra d'ailleurs. Ceux d'entre nous qui sont assez âgés se rappelleront l'histoire de la chorée. Il y a plusieurs années, on trouvait la cause de ce mal dans les fosses nasales. Quand cette théorie, après les discussions d'usage, dut être laissée de côté, on découvrit un beau jour que l'œil était la porte d'entrée. Aujourd'hui, c'est l'amygdale qui en est le point de départ. En patientant un peu, on le trouvera dans un autre organe.

Si on examine la question d'opération de l'amygdale, et particulièrement son ablation totale, on a à discuter les points suivants :

I. Les fonctions de l'amygdale sont, dans l'état actuel de nos connaissances, inconnues.

Qu'elles soient des portes d'entrée ou de sortie pour l'infection, qu'elles soient une défense contre la maladie ou qu'au contraire elles l'attirent, que les bactéries pathogènes qu'on y trouve quelquefois viennent de l'extérieur ou de l'intérieur, qu'elles soient des manufactures ou des entrepôts de leuco ou de lymphocytes, qu'elles représentent les derniers remparts protecteurs que le courant afférent de lymphes surpasse le courant afférent en volume et en rapidité, que, ce qui semble bien probable, il y ait une circulation continue de lymphes se produisant de l'intérieur vers la surface, qui, si elle n'est pas contrariée, s'opposerait à l'invasion des germes venant de la surface et la débarrasserait de ses impuretés, que l'organe possède une sécrétion *sui generis*, ou que, en fin de compte, le tissu amygdalien soit, d'une façon quelconque, indispensable au bon état de santé de l'individu, ce sont là autant de questions qui n'ont pas encore été résolues définitivement, mais qui sont pleines d'intérêt et soulèvent des points de discussions intéressantes.

II. Quelles qu'aient été ses fonctions et la production de leucocytes est sans nul doute une de ces fonctions, l'amygdale n'est pas, comme on l'enseigne et comme on le croit généralement, une glande lymphatique.

C'est l'ignorance générale de ce point qui a causé le sacrifice inutile de milliers d'amygdales, sous le fallacieux prétexte que leur activité fonctionnelle pouvait facilement être suppléée par les myriades d'autres glandes lymphatiques du corps. L'intégrité physiologique de l'amygdale est de la plus grande importance dans l'enfance et dans la jeunesse. La glande apparaît de bonne heure dans la vie embryonnaire (quatrième mois), atteint son plein développement à la fin de la cinquième année de l'enfance et au moment où la puberté tend à diminuer de volume. Elle ne se développe pas comme une glande lymphatique, d'un plexus de vaisseaux lymphatiques pré-existants dans le mésothélium, mais comme une intumescence de l'endothélium provenant de la deuxième fente branchiale, et, par suite, au point de vue de son origine, peut être classée avec le thymus et la thyroïde, la première tirant son origine de la troisième fente branchiale, la dernière naissant de la quatrième fente, tandis que la parathyroïde naît de la troisième et de la quatrième fentes branchiales, toutes par inclusion de la paroi endothéliale du pharynx primitif. Ces

points anatomiques ont été récemment bien élucidés par Gordon Wilson, de Chicago, qui, dans une étude fouillée d'anatomie comparée, a démontré, d'après les relations différentes que présente l'amygdale avec le pharynx, que cette amygdale sécrète ou excrète une substance à l'intérieur du pharynx. L'amygdale existe chez tous les mammifères, à peu d'exceptions, principalement chez le rat blanc, et sa disposition anatomique est telle que, quelle que soit la façon dont elle puisse être cachée par des replis membraneux, elle reste toujours en communication avec le pharynx. Les observations faites dans son laboratoire sur les carnivores lui ont montré que dans cette espèce l'amygdale est ainsi recouverte par des replis au point qu'on ne la voit pas par la bouche, mais il y a toujours un conduit de communication. C'est ce qu'on remarque bien chez le lion, où l'amygdale est enfouie dans un sac elliptique de grande dimension, disposé de telle façon que, au moment de certains mouvements du pharynx, le contenu peut être repoussé à la partie postérieure de la bouche. En résumé, nous avons affaire ici à un tissu qui joue un grand rôle au début de la vie, outre la faculté qu'il a de fabriquer des lymphocytes et qui nécessite un rapport étroit avec le pharynx. Ce rôle doit être d'une très grande importance pour l'enfant, dans les premières années de sa vie, mais quand celui-ci a passé de l'enfance à la maturité, il peut s'en passer.

Il est admis que le premier organe qui donne naissance aux leucocytes ou qui les retient pendant la vie embryonnaire, est le thymus (Jacobi). Si on admet que l'amygdale tire son origine de la fente branchiale, ne peut-on pas admettre avec Jacobi, qu'elle remplit le rôle du thymus après la naissance ou quand cette dernière glande a cessé de fonctionner ou a disparu ?

III. Il est rarement possible de séparer l'amygdale des parties environnantes au moment d'une poussée aiguë d'une inflammation microbienne ou toxique (Jacobi).

Il y a des années, Jacobi a fait remarquer que, lorsqu'il y a des fausses membranes dans la gorge, et que ces membranes restent limitées à l'amygdale, il y a peu ou il n'y a même pas du tout d'engorgement ganglionnaire dans le voisinage. Si les fausses membranes s'étendent au delà de l'amygdale ou se développent loin d'elle, les lymphatiques d'à côté se prennent aussitôt. Ceci est particulièrement vrai dans la diphtérie qui, lorsqu'elle reste limitée à l'amygdale, retentit moins sur les ganglions et sur l'état général, et par suite est moins grave. Nous nous souvenons tous combien, à cette époque qui a précédé l'antitoxine, le pronostic était beaucoup plus sérieux quand les mem-

branes apparaissaient dans le nez ou à la partie supérieure du pharynx, que lorsqu'elles apparaissaient sur les amygdales. Presque tous les cas étaient mortels.

IV. Le rôle des amygdales, comme porte d'entrée de l'infection, comme il arrive de toutes les doctrines nouvelles en médecine, a été grandement exagéré. Prétendre qu'elles sont dans certains cas les voies par lesquelles les organismes pathogéniques atteignent d'autres organes, c'est établir une proposition un peu risquée, dans l'état actuel des recherches. Mais les rendre responsables de toute la longue odyssée de maux qu'on leur attribue, c'est tomber dans le domaine de la fantaisie. Il se produit évidemment une certaine absorption au niveau de l'amygdale, mais bien moins que celle qui se produit dans les organes lymphatiques beaucoup plus nombreux du nez et du pharynx nasal. L'amygdale, d'ailleurs, n'est pas disposée au point de vue anatomique comme un vestibule d'infection. Je n'ai pas le temps de passer en revue ce sujet intéressant. Je me contenterai de citer sommairement, en y apportant quelques modifications, un travail de Faulkner de Pittsburg (*Medical Record*, 9 juin 1910), basé sur une analyse d'observations faites par Most, Retterer, Labbé, Hodenpyl, Jacobi, Grober et autres, et de vous renvoyer à une étude des lymphatiques du naso-pharynx et de leurs rapports avec les autres parties du corps, par Hartz, Poli, Logan Turner et Broeckaert¹ :

« Les amygdales palatines sont des organes à part. Elles possèdent un caractère anatomique différent des autres amygdales et des autres tissus lymphatiques. Ce sont des organes simples dont les fonctions ont été surtout embrouillées par les travaux médicaux. Leur circulation est peu riche et elles n'ont que très peu de communications avec le système lymphatique. »

Leurs cryptes sont recouvertes de membranes muqueuses ayant les fonctions ordinaires des autres membranes muqueuses, autant qu'on les connaît. Elles sont bien séparées des autres tissus. Leur surface externe profonde est recouverte par une capsule fibreuse épaisse qui envoie parfois un réseau de tissus fibreux le long des vaisseaux sanguins tonsillaires (Hodenpyl), l'amygdale renferme, dans ses follicules, un système de canaux lymphatiques clos qui ne s'ouvrent pas dans le réticulum du tissu connectif (Retterer, confirmé par Hodenpyl), la membrane diphtérique limitée à l'amygdale est relativement sans gravité (Jacobi). Il n'y a pas de sinus lymphatiques autour de l'amygdale, et le courant lymphatique avoisinant est moins actif que

1. *Laryngoscope*, mars 1912, p. 180.

celui du pharynx à une certaine distance (Labbé) et enfin les injections faites dans la région de l'amygdale (pas même dans l'amygdale elle-même) ne se diffusent pas comme celles faites dans les autres parties du naso-pharynx (Labbé, Retterer, Hordenpyl, Most et Jacobi). Hartz, passant en revue les expériences importantes de Lenhardt, dit : « Ces expériences permettent de présumer que les amygdales sont fréquemment infectées secondairement à une infection aiguë du nez, des cavités accessoires et du naso-pharynx. »

Il est probable que toute inflammation de la muqueuse produit un gonflement, souvent imperceptible, des glandes lymphatiques du voisinage, qui, agissant comme moyen de défense, s'oppose au développement du germe. Aux amygdales, qui possèdent les fonctions d'une véritable glande lymphatique, on peut attribuer un rôle protecteur contre les micro-organismes qui se trouvent à l'état permanent dans la bouche et dans le naso-pharynx, agissant ainsi à la façon d'une barrière contre leur invasion dans la trachée et l'œsophage. D'un autre côté, on peut admettre que les amygdales sont fréquemment le siège d'une inflammation primitive et qu'elles sont plus susceptibles d'être atteintes que les autres membranes muqueuses de cette région.

La question a deux côtés, un purement bactériologique, et un purement clinique. Si nous considérons la vaste surface par laquelle peut se faire l'infection, et si nous poussons la considération expérimentale et la considération purement bactériologique à leur extrême limite, nous verrons qu'aucune sorte de guillotine ou de couteau ne mettra complètement à l'abri d'une infection par la gorge.

D'un autre côté, quand nous considérons qu'au voisinage du pharynx oral et du pharynx nasal (cette région est le rendez-vous du streptocoque) fourmillent des bactéries pathogéniques, et que nous songeons que tous les jours des milliers d'opérations sont pratiquées dans ces régions, et forcément sans précautions antiseptiques, n'est-ce pas un fait remarquable que néanmoins elles ne soient pas suivies d'accidents septiques?

V. Ce qu'on doit retenir de toute cette discussion, c'est que dans les cas où la gorge, et particulièrement les amygdales, semblent être le point de départ de l'infection, il faut examiner toutes les voies respiratoires supérieures et ne pas se contenter de ce qu'on voit simplement en faisant ouvrir la bouche. Combien y en a-t-il qui bornent leurs recherches à l'amygdale, et qui négligent d'explorer les parties plus profondes du pharynx, l'espace rétro-nasal, pour ne pas parler des fosses nasales et des

sinus accessoires ? Toute cette région doit être examinée à fond, et faute de l'avoir fait on a causé la mort de plus d'un patient. Je connais plusieurs cas, où on avait enlevé sans succès l'amygdale, et qui n'ont guéri que lorsque plus tard le traitement a été orienté du côté des cavités nasales ou de l'espace post-nasal. Pour n'en citer qu'un seul, je me rappelle toujours un cas d'intoxication générale et de santé délabrée chez une jeune femme chez laquelle j'avais dépisté l'origine de l'infection que j'attribuais à un empyème de l'antre maxillaire. Comme il n'y avait pas d'écoulement de pus, mon diagnostic ne fut pas accepté par la famille et par le médecin, et on ne m'autorisa même pas à faire une ponction exploratrice. Il m'est impossible de dire quelle opération on lui fit, si même on en fit, car naturellement la malade me quitta. Mais comme elle empirait et qu'on reconnaissait que le traitement ne donnait aucun résultat, on se décida, non sans peine, à me demander mon concours. L'antre fut ouvert, vidé de son contenu fétide, et la malade, soumise à un traitement convenable, guérit rapidement et complètement.

Je pourrais également vous citer des cas où l'amygdale, rendue responsable de la maladie, avait été enlevée partiellement ou en totalité, et où la guérison ne fut obtenue qu'après qu'on eut découvert et traité une maladie du nez ou de l'espace rétro-nasal.

Et quels enseignements encore plus graves et plus frappants que ces cas où la vie a été sacrifiée parce qu'on s'est acharné à voir toujours dans l'amygdale la porte d'entrée de l'infection.

L'hypertrophie du tissu lymphoïde de la voûte du pharynx (adénoïdes) gêne surtout par l'obstruction qu'elle détermine. Rétablissez la respiration normale chez l'enfant et très souvent les amygdales guériront toutes seules. Même si ces glandes restaient grosses, elles peuvent en toute sécurité être laissées *in situ*, car comme leur hypertrophie ne marche pas *pari passu* avec l'hypertrophie du reste du pharynx, il viendra un moment où on n'apercevra plus les amygdales dans leur loge.

Le simple volume de l'amygdale ne suffit pas pour en justifier l'ablation, à moins qu'elle ne soit assez grosse ou assez malade pour gêner la respiration, la déglutition ou la parole, auquel cas on en enlèvera une partie suffisante sans attendre. Une grosse amygdale ne signifie pas nécessairement une amygdale malade, pas plus qu'une petite amygdale n'indique toujours un organe sain. Des amygdales qui paraissent malades peuvent être constituées d'un tissu sain, et, d'un autre côté, des glandes qui semblent être en excellent état, peuvent être, microscopiquement, reconnues pathologiques. L'amygdale peut être très augmentée de

volume, elle peut descendre profondément dans le pharynx ou être largement refoulée dans l'arcade palatine, et cependant ne pas retentir sur l'état général de l'individu. Ce sont ces amygdales qui sont surtout la proie de l'amygdalotomiste. S'il n'y a aucun trouble des fonctions, il vaut mieux ne pas y toucher, car elles ne font pas de mal. Le changement dans les rapports anatomiques après l'opération est souvent si grand que la fonction est plus endommagée après l'extirpation complète qu'elle ne l'était avant. Bien plus, il peut arriver que la résurrection d'une amygdale « enterrée » soit suivie de l'enterrement du patient.

Dans un grand nombre de cas, l'amygdale devient malade, avec ou sans adénite cervicale, à la suite d'une infection des fosses nasales (pus dans les cavités, opérations, etc.) et du mauvais entretien des dents lors de la dentition. Wright, de Boston, rapporte une série remarquable de 150 cas où l'opération des amygdales fut différée jusqu'après l'éruption des molaires, et quand cette éruption se fut accomplie, les adénites ganglionnaires du cou disparurent, en même temps que le gonflement des amygdales.

L'amygdalite est fréquemment consécutive aux opérations sur les cavités nasales, surtout s'il y avait du pus, ou même au rhume de cerveau. Les recherches expérimentales faites sur ce point semblent indiquer que l'infection se fait par les lymphatiques. Ainsi dans les expériences bien conduites de Lenhardt on constata, entre autres choses, qu'une substance étrangère, alors même qu'elle était injectée dans la muqueuse d'une seule fosse nasale, se retrouvait dans les deux amygdales peu de temps après l'injection. L'enseignement pratique que l'on peut tirer de ces observations, c'est que si, chez l'enfant et chez les jeunes gens nous voulions mieux surveiller les cavités nasales et l'hygiène de la bouche et des dents, nous aurions moins d'amygdales malades et bien peu d'amygdales à opérer.

VII. En tout cas, si l'amygdalotomie s'impose, de meilleurs résultats seront généralement obtenus en employant une méthode moins radicale que celle qu'on emploie le plus souvent à notre époque. Parmi un grand nombre d'exemples, prenez le cas de l'esquinancie à répétitions pour laquelle on pratique l'énucléation complète. Il a été prouvé qu'il suffit ici de fendre complètement et d'enlever le lobe supérieur de la glande. C'est en cette région que se forment les abcès, et la destruction de cette partie de l'amygdale est suffisante pour empêcher les récidives. De cette manière, on laisse suffisamment de la glande pour ne pas entraver sa fonction, et on évite l'apparition de l'abcès dans les piliers du pharynx, comme on l'observe parfois après l'énucléation radicale.

VIII. Je n'ai pas l'intention d'entamer l'éternelle et monotone controverse entre l'amygdalotomie et l'amydalectomie. Chacun de ces procédés a ses indications bien nettes. Je ne veux pas les discuter. Je tiens seulement à dire en passant, que l'énucléation de l'amygdale, avec même l'ablation de sa capsule, si on le désire, peut se faire, sans plus de danger et avec d'aussi bons résultats, au moyen de la guillotine ou d'un instrument analogue. La plupart du temps, ce procédé suffira. Il est beaucoup plus simple, surtout chez les enfants, et il ne présente pas les dangers d'une énucléation complète, avec ses nombreux accidents et ses complications, sans parler de la longue liste de décès non enregistrés. Soumettre un enfant à cette dernière opération, avec tous ses risques, alors que nous disposons de méthodes aussi sûres, pratiques et efficaces, c'est mal raisonner et faire une intervention qui ne s'impose pas.

Tout ce que je viens de dire m'est inspiré par mon expérience personnelle et par l'expérience et l'observation d'autres confrères; la lumière est lente à se faire mais elle finira par se faire et, sous peu, on reconnaîtra enfin que la soi-disant énucléation complète (à laquelle on peut d'ailleurs objecter qu'elle n'est jamais complète) n'est pas, à part chez les individus où l'organe est totalement malade, une opération indispensable la plupart du temps et peut être remplacée par bien d'autres procédés qui sont très sûrs et efficaces et ne sont pas passibles d'objections bien sérieuses. Ce qui prouve encore que l'amygdale a une mission quelconque importante à remplir, c'est sa réapparition fréquente après l'énucléation, comme si la nature voulait protester contre la destruction complète de ses fonctions et l'activité vicariante des tissus lymphatiques du voisinage dès que ses propriétés physiologiques cessent d'exister. C'est ce que l'on constate d'une manière frappante dans le cas d'esquinancie des piliers latéraux du pharynx, avant qu'on n'intervienne, lorsque l'amygdale est rudimentaire ou n'existe plus. Dans le cas également de maladie infectieuse dont le poison s'élimine par la gorge, cette action compensatrice est très nette. De même, lors de l'épidémie maligne d'angines qui sévit l'an dernier à Boston, où la maladie ne fut pas contagieuse et n'avait pas son point de départ dans un foyer septique de la gorge, mais était occasionnée par l'alimentation (lait), on vit, après de nombreux troubles généraux, tout l'anneau tonsillaire s'enflammer tout d'un coup, suivant l'expression de Coolidge. Ceux dont les amygdales avaient été enlevées n'échappèrent pas à l'envahissement du tissu lymphoïde pharyngé, aux symptômes généraux ou à l'adénite cervicale.

IX. Les amygdales sont des organes de la phonation et jouent un rôle important dans le mécanisme de la parole et du chant. Elles ont une influence sur l'action des muscles environnants et modifient la résonance de la bouche. Si elles sont hypertrophiées au point de gêner ces fonctions, il faut les enlever, et cette ablation fait gagner quelquefois à la voix une ou plusieurs octaves. Dans l'amygdalotomie, personne ne peut dire quelles sont les modifications qui en résulteront dans les relations anatomiques des parties, si habile que soit l'opérateur, et si habilement qu'ait été faite l'opération. Les adhérences et les contractions que laisse cette opération à sa suite, même entre les meilleures mains, aboutissent à des modifications déplorables de la voix et du chant. J'hésiterai certainement beaucoup avant de conseiller cette opération à un grand chanteur ou à quelqu'un qui a besoin de sa voix pour gagner sa vie. L'opération de l'amygdalotomie est une opération importante, une opération dangereuse et ne devrait être faite que dans un hôpital ou dans tout autre endroit où on a tout sous la main pour parer aux incidents graves qui peuvent se produire. Elle ne devrait être pratiquée que par un chirurgien en ayant une grande habitude, armé complètement pour tout accident, et ayant bien présent à l'esprit un désastre possible, comme on l'a observé si souvent à la suite de cette intervention.

X. Un mot encore, pour ceux qui ne saisiraient pas bien la signification de ces remarques. Je n'ai nullement l'idée de critiquer les moyens excellents que l'ingéniosité moderne a imaginés pour le traitement chirurgical des affections amygdaliennes. Personne, plus que moi, ne s'empresse d'y recourir lorsqu'il y a lieu de le faire. Je ne me propose pas de m'élever contre une opération lorsqu'elle est pratiquée pour un motif défini et légitime, mais contre les abus auxquels elle donne lieu.

Nous qui sommes chargés d'enseigner la laryngologie, nous songerons aux responsabilités que nous encourons et nous veillerons à ce que nos élèves ne quittent pas nos institutions ou nos écoles de perfectionnement avant de s'être bien assimilé, d'une part, des idées de conservation et de modération quand ils se trouvent en présence des affections bénignes des voies respiratoires supérieures, d'autre part des connaissances suffisantes quand ils ont affaire à des cas plus graves. Le problème, quoique difficile, n'est pas insoluble. Tandis que nous leur inculquerons la nécessité qu'il y a d'intervenir dans certains cas, nous leur montrerons en même temps combien il est dangereux d'intervenir sans raisons. Ce n'est que de cette façon qu'on sera certain d'obtenir le résultat désiré. Les premières erreurs que

l'élève a recueillies du livre ou du professeur sont souvent difficiles à déraciner. Dans nos conférences à la clinique, dans nos conversations journalières avec l'étudiant, faisons en sorte que la première impression soit la bonne.

Mais le professeur de médecine interne et le chirurgien sont aussi responsables, pour ne pas dire plus, de cet état d'esprit déplorable dont nous venons de parler. Quand une autorité éminente vient proclamer dans une conférence ou dans un livre, comme vérité indiscutable, qu'il existe une relation entre une foule de maladies et les amygdales de l'enfant, et que de parti-pris il conseille l'ablation de ces glandes, que pouvons-nous attendre de l'étudiant dont l'esprit est ainsi empoisonné à la source même de son éducation médicale par une théorie éphémère? Résultats? Voici ce qui arrive souvent à des praticiens, non pas aux ignorants, mais même aux expérimentés et aux habiles : Mort, suite d'hémorragie ou de shock, développement de tuberculose latente dans les poumons et dans les glandes adjacentes, lacérations et autres dégâts sérieux des muscles du palais et du pharynx, contraction très accusée de toutes les parties, suppression d'une barrière contre l'infection, infection grave de la plaie, septicémie, cicatrices désagréables, otite moyenne suppurée et autres affections de l'oreille, troubles de la vision et de la voix, voix perdue pour le chant, emphysème, infarctus septique, pneumonie, susceptibilité plus grande pour les maladies de la gorge au siège de l'opération, esquinancie pharyngée, et enfin, et ce n'est pas le moindre, amygdalite.

Qui, demanderai-je, doit-on écouter de préférence, le chirurgien ou praticien qui, sans connaissances suffisantes, conseille à la légère une énucléation complète des amygdales, ou ceux qui ont passé leur vie à étudier les maladies de la gorge et qui ont constaté tous les jours des résultats désastreux et parfois mortels? D'abord c'était la cloison nasale, maintenant c'est l'amygdale qui est le point de mire chirurgical de tout débutant en laryngologie, et l'amygdalotomie est en général le premier baptême du sang. Cette opération est faite sur toute la terre par des opérateurs de toutes sortes, et si on connaissait la vérité, avec une grande mortalité. Le nombre des opérations téméraires de ce genre ne sera jamais signalé dans les pages de la littérature médicale, mais on le trouvera à sa place immuable dans le livre de l'Ange chargé là-haut d'enregistrer les décès.

Espérons que le jour n'est pas loin où non seulement les professionnels, mais le public lui-même, demanderont qu'on mette un terme à cette boucherie insensée. Ce jour de prêche médical

moral n'est-il pas bien choisi pour arracher le public à l'atmosphère dans laquelle il a été drogué, et, pour l'amygdalotomiste sans repos, un moment favorable pour obtenir le remède du referendum et du rappel.

Nous traversons aujourd'hui en laryngologie la période qu'ont traversée les gynécologistes il y a quelques années. Les ovaires étaient alors enlevées au moindre prétexte comme on enlève aujourd'hui les amygdales. Ce qu'on pourrait appeler « la question amygdalienne » est simple et en quelque sorte peu importante quand on l'examine en s'éclairant de la raison et du sens commun, mais on l'a amenée à prendre des proportions considérables par une observation malsaine et une chirurgie sans relâche. Elle en est arrivée à un point où elle est devenue une question brûlante pour la profession et aussi pour le public. Cette destruction insensée, barbare de l'amygdale en est souvent arrivée à un point, si on considère les mauvais résultats qu'elle a donnés, qu'elle devient chaque jour un danger public plus grand. Avant que nous ne connaissions mieux à quoi sert l'amygdale, personne ne peut dire le mal que l'on fait aux enfants de la génération présente ou l'influence qu'aura cette extirpation totale de la glande sur la génération à venir. Quoi que puisse nous apprendre une étude plus approfondie au sujet des fonctions de l'amygdale, mon avis est qu'elle a été placée dans la gorge, non comme un mal, mais dans un bon but; en vue d'une raison téléologique plutôt que pathologique; qu'elle a une mission physiologique à remplir et qu'elle n'a pas été destinée par la Nature à être une avenue naturelle et commode pour l'infection. Il est reconnu, évidemment, qu'il y a une foule de cas qui nécessitent une destruction partielle ou une ablation plus ou moins complète des amygdales, mais l'opération radicale ne devra pas être faite sans raisons suffisantes et bien définies. On ne sacrifiera pas plus l'amygdale que tout autre organe sans être bien convaincu que c'est elle la cause de la maladie qu'on veut guérir.

On ne tiendra pas compte dans la laryngologie scientifique moderne de cette théorie inconsiderée qui voit dans la destruction de l'amygdale le seul mode de traitement, et qui, sans s'inquiéter des lymphatiques et des autres particularités anatomiques des tissus du voisinage et de leur physiologie, ne comprennent pas qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de prouver que l'amygdale est la seule porte d'entrée d'une infection donnée. Quand nous aurons éclairci l'atmosphère de nos idées sur ces points, et quand une autorité saine aura obtenu qu'on s'arrête, alors on entendra moins parler du massacre d'organes innocents et nous aurons une littérature moins effrénée sur ce sujet.

CONTRIBUTION A LA CLINIQUE DES ANOMALIES DE PERCEPTION DES SONS

Par **JØRGEN MØELLER** (de Copenhague).

[Traduction par M. MENIER, de Decazeville.]

Les cas d'anomalies proprement dites de la perception des sons sont relativement rares ; plus rarement encore a-t-on l'occasion d'observer exactement des cas de ce genre, parce que des connaissances musicales assez importantes chez le sujet à examiner sont une condition absolue. Qu'il me soit donc permis de relater trois cas de caractère différent, concernant, tous trois, des sujets à culture musicale.

Cas I. — Ce cas est ma propre observation. L'après-midi du 14 novembre 1902, j'observai une légère dureté d'ouïe à droite, de cause inconnue ; j'avais une sensation de pression légère et d'obstruction, comme dans un cas de bouchon de cérumen ; pas d'autophonie ; bourdonnement doux analogue à celui d'une lointaine cascade ; pas de bruits subjectifs de tonalité déterminée. En sifflant des sons aigus, dans la zone musicale de a^2 à f^3 , le son résonne d'abord un peu plus fort dans l'oreille droite, mais en outre, à côté de ce son j'entends un son de résonance de hauteur c^3 ; quand une autre personne siffle, ce phénomène apparaît, comme aussi pour les sons de même hauteur, produits de façon différente, mais alors, il est bien plus faible.

13 novembre. L'otoscopie révèle une légère dépression du tympan, ainsi qu'une minime rougeur, cependant pas plus qu'à gauche où l'ouïe est bonne. Examen fonctionnel :

AD	20	55	C" norm.	4,0
W =	a^1 M (20)	a^1 A (60)	LI L.S.	v
AS	20	63	C" norm.	>9,0

La sensation d'obstruction disparut dans la journée, mais les phénomènes de résonance persistèrent sans modification.

16 novembre. Les phénomènes de résonance ont beaucoup diminué, en revanche, j'entends maintenant continuellement dans l'oreille droite un son ayant le même timbre et la même hauteur : f^3 .

17 novembre. Tous les phénomènes sonores ont disparu ; l'audition est encore un peu diminuée, chose qui ne peut cependant être constatée qu'avec une observation exacte. Le 18, l'ouïe est normale.

5 janvier 1904. Après-midi, légère dureté progressive à droite, avec mêmes phénomènes que la première fois ; seulement, le son de résonance est maintenant fis^3 ($fa^{\sharp 5}$) et est provoqué lors des sons de la zone h^2 (si^4) à fis^3 .

Le 6. l'ouïe est meilleure ; au lieu du bourdonnement, il y a maintenant dans l'oreille droite un f^3 et en même temps le son de

résonance est descendu à f^3 . Les phénomènes de résonance sont plus faibles et sont produits par les sons de h^2 à f^3 .

Le 7, il existe encore de faibles manifestations de résonance et un léger bruit subjectif, tout cela de hauteur f^3 . Le 8, encore très faible bruit subjectif; pas de résonance; ouïe bonne; le 9 janvier tout a disparu.

Le 23 mars 1907, le matin, au réveil, légère dureté à droite; traces de bruits subjectifs; en sifflant, son de résonance fis^3 , mais provoqué seulement lors des sons de e^3 à fis^3 ; vers midi la hauteur est tombée à f^3 ; le soir encore fis^3 ; l'harmonique est aussi produit lors de la dominante plus grave, pourvu que le son soit assez fort pour que les sons supérieurs soient entendus.

CAS II. — M. P. L., de bonne santé antérieure; pas de maladie d'oreille; pas de nervosisme marqué, seulement de temps en temps un peu d'insomnie; il dit ne pas se surmener (cependant, plus tard je pus savoir qu'il est sans cesse occupé et a un tempérament assez nerveux). Le 1^{er} mars 1911, sans refroidissement antérieur, il entend brusquement faux de l'oreille droite, chose qui disparut cependant en quelques jours; mais, au bout de quelques jours, le même phénomène se montre à l'oreille gauche et persiste encore. Toute sonorité, mais surtout les sons musicaux, a un son faux et grinçant; il y a sensation d'augmentation de la résonance et la voix du sujet produit aussi une forte résonance dans l'oreille gauche; il ne peut accorder son violon; les sons sont faux. Quand on lui adresse la parole, il lui semble qu'il y a en même temps derrière lui une autre personne prononçant les mêmes mots, donc tout résonne doublement. Bourdonnements dans l'oreille gauche, mais pas de bruits subjectifs de tonalité déterminée, de même aucun son ne fournit de résonances particulièrement marquées. Le matin, au réveil, il n'éprouve rien, l'audition fausse n'apparaît que quand il se met sur son séant.

Le malade a une culture musicale; il joue très bien du violon; en outre, c'est un observateur digne de créance, un expérimentateur exercé avec de bonnes connaissances en physique; donc, ses indications sont d'une précision extraordinaire lors des divers examens fonctionnels. A l'otoscopie, les deux tympons sont normaux. Examen fonctionnel :

W ↘	AD 12	40	C" 21.000	h^6	1,0
	a^1 M (20)	a^1 A (60)	LI LS	monocorde	v
	AS 16	38	D" 21.000	h^6	1,0

Il existe de l'audition fausse jusqu'à la partie la plus basse où il puisse distinguer la hauteur des sons. A' est indiqué de façon nette comme entendu à l'oreille gauche 1 ton plus bas qu'à l'oreille droite, de même e, tandis que a^1 n'est qu'à un demi-ton au-dessous et e^1 à la même hauteur qu'à droite, a^1 est 1/2 ton plus bas; les sons suivants aussi 1/2 ton plus bas jusqu'à g^3 , qui n'est qu'à 1/4 de ton plus bas, e^1 est plus bas de moins de 1/4 de ton et g^4 résonne de la même façon dans les deux oreilles.

Le sujet indique avec assez de certitude la différence de hauteur, en chantant en même temps les sons en question (ou leurs octaves) ; ce n'est que quand l'examen a duré un certain temps que les réponses deviennent un peu moins sûres, certainement parce que le son qu'il chante lui-même est entendu faux. Le sujet dit nettement qu'il s'agit en réalité d'une différence dans la hauteur et non pas dans le timbre, quoique ce dernier soit aussi un peu altéré ; du reste, il ne peut guère s'agir de différences importantes dans le timbre, car la plupart des examens furent faits avec diapasons à pesons pour lesquels il ne saurait donc être guère question de timbre proprement dit, car il s'agit là de sons purs ; il déclare, par exemple, spontanément qu'il s'agit de a^1 quand on tient le diapason a^1 devant son oreille droite, tandis qu'il dit que le même diapason fournit à gauche gis^1 ($sol\sharp^3$) ; (mais quand il chante le son entendu, on constate que c'est un gis^3 , un peu trop grave). On fait le traitement par douches d'air.

20 mars. On trouve aujourd'hui deux zones de sons, dans lesquelles à gauche, les sons, au lieu d'être entendus plus graves qu'à droite sont plus aigus, à savoir depuis Cis jusqu'à c et de c^1 à g^1 ; ces sons-limites eux-mêmes c^1 et g^1 sont entendus comme un mélange confus de sons ; cependant, le son fondamental lui-même est entendu de la même hauteur qu'à droite.

22 mars. Les zones pour lesquelles les sons sont entendus plus aigus, ou comme des bruits, changent de place ; aujourd'hui ces zones sont plus élevées.

24 mars. Pas de fausse audition à partir de c^2 en remontant ; les sons autour de G sont entendus trop hauts à gauche, les autres trop bas, cependant pas autant qu'auparavant.

30 mars. G est entendu plus haut à gauche ; e , a et e^1 plus bas ; à partir de e^1 en remontant les sons sont perçus de hauteur correcte ; cependant avec plus de bruit qu'auparavant ; le sujet se plaint, d'une manière générale que tous les sons sont si bruyants que cela le gêne beaucoup ; il est obligé de porter de l'ouate dans l'oreille gauche et, en outre, d'instiller parfois de la glycérine pour amortir le son. Quand on lui parle, il n'a plus de diplacousie, mais il lui semble que la pièce est pleine de gens parlant tous à la fois. La voix chuchotée est entendue plus nettement, il croit que c'est parce qu'elle est sans ton ; mais il faudrait plutôt chercher la cause de cela dans le fait que les tons de la voix chuchotée sont assez élevés pour se trouver dans la zone où maintenant il entend de façon pure ; il entend à présent la voix chuchotée à 3 mètres de distance. Il n'éprouve rien au réveil ; ainsi, par exemple, ce matin, il a entendu dans toute sa pureté le carillon de l'hôtel de ville ; mais dès qu'il s'assoit sur son séant ou qu'il se lève, l'audition fausse reparaît.

Nous cessons maintenant le traitement local et ordonnons du KBr avec le plus de repos possible.

20 avril. Forts bruits dans l'oreille ; actuellement, il n'est plus indemne même le matin et est parfois éveillé la nuit par les bruits subjectifs. Les sons sont entendus purs à partir de a^1 en remontant,

c^1 est légèrement plus élevé à gauche, a et e sont plus graves; G est plus élevé. Nous essayons maintenant le traitement par la vibration du tympan.

3 mai. État excellent. A gauche, e est entendu un peu plus élevé; les autres sons sont purs; les sons les plus voisins de e ont un timbre un peu différent.

CAS III. — M^{lle} T..., pianiste, très nerveuse, a subi diverses opérations abdominales; son appareil digestif est constamment dérangé. L'audition était déjà diminuée par suite d'un catarrhe chronique. Avant Noël, elle eut de forts bruits continuels dans la tête, un peu plus marqués le soir. Le bruit qui, au début, avait son siège au milieu de la tête, se localisa plus tard à l'oreille droite. En même temps, il y eut de la fausse audition; un jour, en se mettant au piano, tous les sons lui parurent affreux et sa première idée fut de faire venir l'accordeur; mais elle remarqua bientôt que c'était son ouïe qui ne fonctionnait pas normalement. Auparavant, son ouïe n'était pas d'une sûreté absolue, mais elle était excellente; actuellement, elle est dans l'impossibilité de reconnaître un seul son; tout était confus; cependant, elle reconnaît les sons en tant que sons, elle ne les entend pas simplement comme des bruits. L'acuité auditive avait aussi baissé. Elle a un peu de vertige qui survient parfois par accès, ce qui avait lieu déjà auparavant, mais les crises sont maintenant plus marquées, avec sensation assez intense de rotation des objets environnants vers la droite; un jour, elle est tombée dans la rue; elle eut la sensation d'entrer dans un grand trou noir, puis elle perdit connaissance. Pas de nystagmus spontané, même pas quand elle a beaucoup de vertige. A cause de son état déplorable, nous ne faisons pas l'examen du nystagmus calorique et rotatoire. *Otoscopie*: les deux tympans présentent de légères altérations catarrhales chroniques. Examen fonctionnel (comparé à un examen fait antérieurement):

15 novembre 1910 : W	AD	10	12	F' c ⁷	0,05
	a ¹ M (20)	a ¹ A (60)	LI LS	v	
	AS	10	22	C" - d ⁷	2,0
1 ^{er} février 1912 : W	AD	6	5	A f ^{is} c ⁶	0 0,5
	a ¹ M (20)	a ¹ A (60)	LI LS	v V	
	AS	6	12	D" f ⁶	0,3

On examine maintenant l'audition avec l'harmonium; voici les résultats:

c^2 est joué; elle déclare cependant qu'il doit se trouver quelque part au milieu de la gamme; invitée à le chanter, elle chante 1 octave et 1/4 de ton trop bas.

f^1 est bien plus bas, environ 2 octaves; elle ne peut pas chanter une note aussi grave; invitée à transposer d'un octave, elle donne, de façon très incertaine, un c^1 qui est à 1/4 de ton trop bas.

a^1 : un peu plus aigu; mais s'il joue alternativement f^1 et a^1 , elle ne peut les distinguer; les deux tons joués ensemble sont considérés par elle comme un son unique.

g^1 et a^1 alternativement: g^1 est peut-être un peu plus haut.

c : c'est, dit-elle, un son grave, un des plus bas de l'orgue.

a : aussi grave.

a et a^1 alternativement : a^1 un peu plus aigu, comme une petite tierce.

$c^1 + e^1 + g^1 + c^2$: bruit effroyable.

$g^1 + a^1$ ne sont pas trop pénibles, tandis que $gis^1 + a^1$ lui font mal; cependant, elle ne soupçonne pas de quel intervalle il s'agit.

$c^1 + dis^1 + f^1 + g^1$: désagréable.

$f^1 + ad^1 + c^2$: bruit.

La connaissance des airs est abolie; ainsi on joue l'air « *Calme nuit* », l'hymne national, et un autre air du pays aussi connu, et elle ne se rend pas compte de ce que c'est; seulement, au début, elle reconnaît « *Calme nuit* » à son rythme marqué, mais quand on le joue dans une mesure à peu près aussi lente, elle ne le reconnaît plus; pour l'hymne national qui commence par des notes aussi longues, quand on arrive à un passage un peu caractéristique au point de vue du rythme, elle dit que ce doit être quelque chose de connu, sans doute une chanson.

Invitée à chanter un air très connu, elle le chante assez correctement, cependant très faux.

On examine maintenant l'audition de chaque oreille avec des diapasons à poids; chaque fois, après avoir exprimé son opinion sur la hauteur, etc., on l'invite à chanter la note; le résultat est indiqué ici par le mot : *chant*.

Gauche : a^1 *chant* : elle glisse de g^1 à a^1 ; à *droite*, *chant* : d^2 .

e^2 est saisi plus nettement comme note; *chant* : des deux côtés, e^1 à droite en hésitant, à gauche avec plus de sûreté.

c^1 plus grave que e^2 environ d'un octave; *chant* : à gauche, e^1 ; à droite, h .

a^1 et a alternativement : a plus grave, d'une quinte environ; *chant* a^1 des deux côtés, en hésitant, et glissant de bas en haut; lors d'un nouvel essai : *chant* = as^1 .

c^2 avec deux diapasons à la fois, un peu différemment accordés, environ 4 vibrations de différence; on n'observe pas d'intermittence ni pour une oreille, ni pour les deux.

Invitée à chanter quelques airs, elle chante des chansons populaires très connues, assez correctement, mais sans savoir elle-même si c'est bien ou mal; elle ne peut rendre quelques *lieds* de Grieg qui, auparavant, lui étaient très familiers.

Elle essaie maintenant de jouer quelques petits morceaux de piano (par cœur); au début, cela marche très bien, même pour certains passages relativement difficiles; mais, brusquement, elle s'arrête et ne peut se souvenir de ce qui suit; elle ne peut jouer que les choses qu'elle connaît depuis longtemps par cœur; en revanche, elle ne se rappelle plus rien de la *Sonate pathétique* qu'elle avait apprise peu de temps avant sa maladie.

Invitée à indiquer sur le piano l'air d'un chant populaire simple, elle le donne très correctement, quoiqu'avec un peu d'hésitation; par endroits, elle accompagne même l'air avec quelques harmonies; elle ne réussit pas pour un autre air aussi connu; à chaque instant,

elle ne trouve pas la note qu'il faut. Naturellement, elle ne peut, en jouant, entendre quelles notes elle joue; elle ne sait pas si elles sont justes ou non.

Elle ne peut pas jouer d'après un morceau, ni même lire les notes; alors qu'auparavant, elle pouvait par exemple lire les notes d'un morceau nouveau pour elle et ainsi, sans le jouer, s'en faire une idée, elle ne peut plus maintenant lire les notes d'un air très simple; elle connaît bien les notes elles-mêmes et leurs dénominations, mais elle a perdu totalement la compréhension de leur signification musicale. Elle ne peut pas transcrire un air simple, tandis qu'autrefois, elle s'occupait beaucoup à transcrire les airs de mémoire.

La mémoire, qui n'a jamais été très bonne, est affaiblie dans son ensemble; elle s'arrête parfois en parlant et ne peut plus se rappeler ce qu'elle voulait dire; elle se fatigue aussi rapidement, par exemple: en écrivant des lettres elle ne peut plus renouer le fil de ses idées; la lecture lui est difficile, elle peut lire toujours la même chose, sans se souvenir de la signification. Cependant il n'existe pas de troubles aphasiques (ou agraphiques) proprement dits, ni sensoriels, ni moteurs; il lui manque simplement la faculté de concentrer pendant assez longtemps ses pensées sur un point déterminé.

La malade entre maintenant dans une clinique de chirurgie, pour être débarrassée des diverses adhérences abdominales, et ensuite elle sera, sans doute, transférée dans une clinique de neurologie.

Bien que ces trois cas soient très différents, tant au point de vue du tableau clinique que probablement aussi au point de vue de leur pathogénie et du siège des modifications pathologiques, ils ont un point commun cependant. Il s'agit, dans tous, d'anomalies de perception des sons et il me semble qu'on peut même les regarder comme des exemples typiques de trois groupes principaux de ces anomalies: *les phénomènes anormaux de résonance*, la *diplocousie* et l'*amusie*.

Les phénomènes de résonance anormale sont peut-être, en réalité, un tableau pathologique très banal; mais comme je n'en n'ai trouvé nulle part une esquisse exacte, il me paraît légitime de communiquer mes propres observations à cet égard. La maladie fondamentale est naturellement une occlusion tubaire, ou un léger catarrhe de l'oreille moyenne. Il faut remarquer que dans le cas en question, dans les trois attaques séparées par des intervalles de plusieurs années, le son de résonance est toujours de même, f^3 , parfois seulement il glisse un peu en haut ou en bas jusqu'à fis^3 ou e^3 , peut-être suivant l'état de réplétion sanguine des muqueuses et que sa production en plus du son, surtout sifflet, de même hauteur, est le fait aussi de sons plus graves jusqu'à a^2 , mais qu'il n'est jamais provoqué par un son plus aigu, et que, en outre, il survient des phénomènes acoustiques subjectifs de même hauteur.

La *diplacousie* peut être une diplacousie écholique ou une diplacousie *dysharmonique*, cette dernière à son tour peut être mono ou biauriculaire. Ici nous avons affaire à un cas marqué de *diplacousie dysharmonique biauriculaire*.

L'affection originelle de l'oreille était une occlusion tubaire et la diplacousie elle-même peut s'expliquer par une hyperhémie consécutive du labyrinthe (peut-être une angionévrose, car il s'agit d'un malade assez nerveux) avec appareil de Corti « *désaccordé* ». On peut considérer comme certainement établi qu'ici il s'agissait réellement de fausse audition et non pas d'une confusion de hauteur et de timbre, telle que Barth tend à l'admettre pour la plupart des cas de diplacousie ; notre malade a une si bonne éducation musicale et est un observateur si expérimenté qu'il ne pourrait guère lui arriver de confondre ces deux concepts, et de plus je l'avais mis en garde contre la possibilité de cette confusion ; et aussi, comme il ressort de l'observation, il a indiqué spontanément *a'* comme tel, tandis qu'à l'oreille gauche, cette note résonnait comme *gis'*. Ce qui est curieux dans ce cas, c'est le changement constant des zones musicales dans lesquelles la fausse audition se produisait ; au début, sur presque toute la gamme, il entendait avec l'oreille gauche les sons plus graves qu'à droite. Plus tard, nous trouvâmes quelques territoires où, au lieu de les entendre plus graves, ils étaient plus aigus. Ce qui est très particulier, c'est que les sons-limites entre audition grave et audition aiguë n'étaient pas entendus purs, mais comme un mélange de sons, où cependant prédominait la note exacte ; plus tard, ce brouhaha de sons fut entendu sur une assez grande partie de la gamme, à la façon d'un degré de transition vers l'audition pure définitive. Dans l'ensemble, les zones de fausse audition se restreignirent peu à peu pendant le cours de l'affection, jusqu'à ce qu'enfin s'établît l'audition normale des sons.

L'*amusie* est, dans la majorité des cas, associée à l'aphasie, et a souvent une marche parallèle à celle de cette dernière, de sorte qu'on peut distinguer une amusie motrice et une amusie sensorielle (surdité musicale). En s'appuyant sur le schéma de Lichtheim¹, Knoblauch² a esquissé une représentation schématique des centres musicaux et des voies musicales, et établi neuf formes diverses d'amusie, selon la région de l'interruption de conduction. A ma connaissance, il existe dans la littérature des observations sur 21 cas d'amusie : 18 sont mentionnés dans le

1. LICHTHEIM. Ueber Aphasie. D. Arch. f. klin. Med., Bd. 36, S. 204.

2. KNOBLAUCH. Ueber Störungen der musikalischen Leistungsfähigkeit. Leipzig, 1888.

travail de Alt¹ ; 1 fut observé par Knoblauch² et 2 par Würtzen³. Parmi ces 21 cas, 17 étaient associés à de l'aphasie ou autres manifestations cérébrales et ce n'est que dans 4 cas qu'il existait de l'amusie pure (un cas de Alt [Alt, p. 16] et 3 cas de Brazier [Alt, p. 21]). Le cas publié par moi doit donc être regardé comme très rare ; il correspond assez exactement au type II de Knoblauch : surdité musicale nucléaire ou aphasie sensorielle, dont voici le tableau symptomatologique :

- a) Abolition presque totale de l'intelligence des sons ;
- b) abolition de l'intelligence de la notation musicale ;
- c) abolition presque totale de la possibilité de répéter un air ;
- d) abolition de la graphie, de la notation après audition ;
- e) abolition de la faculté de chanter un morceau écrit ;
- f) abolition de la graphie musicale volontaire ;
- g) conservation de la faculté de copier les notes ;
- h) conservation partielle du chant volontaire.

Ce qui s'écarte du schéma de Knoblauch, c'est le f) (graphie musicale volontaire) qui, suivant ce schéma, devrait être conservé.

On peut donc admettre qu'il s'agit de la suppression du centre de la formation du timbre sonore, correspondant au centre de Wernicke ; pour le moment, nous ignorons s'il y a là une lésion organique ou un trouble fonctionnel ; cependant, j'inclinerai à penser qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel, d'abord, en tenant compte du tempérament nerveux de la malade et, en second lieu, parce qu'il me paraît peu probable qu'une affection organique doive se limiter à un territoire tellement restreint et qu'elle n'attaque que le centre du timbre des sons, sans léser en même temps des centres avoisinants, en particulier celui de Wernicke. On doit regarder comme certain qu'il s'agit ici d'une affection centrale et non pas, comme on avait tendance à le supposer dans certains cas de ce genre, d'une affection labyrinthique. Dans les cas où l'intelligence de la parole fait aussi défaut, il est parfois difficile de distinguer s'il s'agit d'une surdité labyrinthique ou d'une aphasie sensorielle véritable et d'amusie ; mais, ici, l'audition est bonne au point qu'on peut s'entretenir avec notre patiente et on ne peut penser à une affection labyrinthique où serait seul aboli le pouvoir de perception des sons musicaux. Il s'agit donc d'affection quelconque, probablement de nature fonctionnelle, de l'organe central de perception des sons.

1. ALT. Ueber Melodientaubheit. Wien, 1906.

2. KNOBLAUCH, *l. c.*

3. WÜRTZEN. Altérations pathologiques de l'audition musicale. Bibliotek for Læger, 1903, S. 155.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE FIBROME NASO-PHARYNGIEN

Par **H. DE STELLA** (de Gand).

Notre intention n'est nullement de traiter ici à fond toute l'histoire du polype naso-pharyngien, mais de discuter quelques points de la pathogénie et de la cure radicale de ces tumeurs et cela à propos de deux cas que nous avons pu opérer récemment.

Notre collègue M. Delsaux disait l'année passée au congrès belge d'otologie à Gand, « qu'il serait temps de mettre un peu d'ordre dans la nomenclature des néoplasies du cavum ».

A mon avis cette nomenclature doit se baser surtout sur une étude anatomique précise des diverses tumeurs du cavum. Comme le disait très bien M. Delsaux : « on confond encore, sous le nom générique de polypes naso-pharyngiens à peu près toutes les néoplasies du rhino-pharynx. » Or, cette conclusion amène des erreurs d'interprétation dans la pathogénie, dans l'endroit d'implantation et même dans les procédés d'extirpation de la néoplasie.

Cette remarque m'amène à m'occuper immédiatement de la constitution histologique des tumeurs du cavum.

Par ordre de fréquence nous rencontrons à cet endroit :

Les végétations adénoïdes qui ne sont autres, au point de vue histologique, qu'une hyperplasie du tissu lymphatique normal ;

Les polypes muqueux et fibro-muqueux, les uns, les plus fréquents à origine nasale et poussant des prolongements dans le cavum, les autres à insertion choanale, et faits de tissu myxomateux ;

Les polypes fibreux purs ou fibromes vrais, faits uniquement de tissu fibreux dense et de cellules allongées fusiformes ; tissu extrêmement vascularisé ; pas traces de tissu myxomateux, ni adénoïdien ni sarcomateux. A mon avis, c'est à cette seule tumeur qu'il faut réserver le nom de fibrome naso-pharyngien ;

Les tumeurs fibro-sarcomateuses ou fibrôme sarcomatoïde. Histologiquement ces tumeurs sont faites de tissu fibreux contenant des îlots plus ou moins abondants faits de tissu sarcomateux avec de petites cellules rondes ;

L'ostéo-fibrôme, tumeur qui se développe rarement dans le cavum mais plus souvent dans les cavités annexes du nez,

notamment le sinus maxillaire et de là poussés des prolongements dans le cavum.

J'ai décrit jadis une tumeur de cette nature chez une jeune fille de 18 ans, où elle remplissait tout le sinus maxillaire gauche, repoussait le plancher de l'orbite en déterminant un fort exophthalmos et venait saillir dans le cavum.

Ce sont des tumeurs très peu vascularisées, contrairement au fibrôme et dont l'exérèse est facile.

Enfin les Italiens, notamment le professeur Gherardo Ferreri de Rome, nous parlent des tumeurs qui renfermeraient du tissu hypophysaire ; elles prendraient même naissance dans le corps pituitaire et pourraient passer dans le cavum grâce à la persistance du conduit cranio-pharyngien.

Sans doute cette nomenclature basée sur la constitution histologique des tumeurs n'est pas complète ; il conviendrait d'y ajouter les tumeurs malignes qui ont pour point de départ les organes voisins du cavum, le nez et ses annexes, les amygdales, etc. ; il faudrait y comprendre encore les carcinomes, épithéliomes, sarcomes primitifs, mais cette classification a surtout pour but de démontrer la nécessité où nous nous trouvons de faire une analyse histologique minutieuse des néoplasies du cavum avant de leur attribuer le qualificatif de fibrôme naso-pharyngien. Celui-ci reste une tumeur distincte de toute autre néoplasie du cavum, il est une véritable entité morbide avec sa constitution anatomique, sa pathogénie, son évolution clinique distinctes.

Le fibrôme naso-pharyngien, de même que la végétation adénoïde, n'est pas un néoplasme au sens rigoureux du mot, il répond à une hyperplasie du tissu normal. Toutes les explications apportées jusqu'ici pour cette hyperplasie constituent de pures hypothèses, de même que la pathogénie des néoplasmes malins nous échappe encore. Nous savons seulement que cette malheureuse tendance à l'hyperplasie d'un tissu normal préexistant se retrouve surtout chez l'adolescent et s'atténue chez l'adulte, d'où l'arrêt, la régression et même la disparition du fibrôme naso-pharyngien chez l'adulte, au même titre que la disparition de la végétation adénoïde dont la régression est fatale et constante, ce qui n'est plus la règle cependant pour le fibrôme que j'ai vu persister jusqu'à 25 ans, âge auquel je viens de l'opérer chez un jeune homme.

Origine et implantation du fibrôme. — Rien ne fut plus discuté que l'origine du fibrôme ; or, nous croyons que les avis furent partagés précisément parce qu'on n'a pas pu se mettre d'accord sur la nature anatomique du fibrôme. A mon avis, les tumeurs

fibreuses, donc les trois vrais fibrômes ont tous et invariablement une origine endo-nasale. Je crois qu'à l'heure actuelle tous les rhinologistes qui ne confondront plus un fibrôme vrai avec une autre tumeur du cavum, admettront cette origine endonasale. Que cette insertion se fasse maintenant au pourtour des choanes et ici sur une partie du sphénoïde, aile interne de l'apophyse ptérygoïde ou bien au niveau de la fente ptérygo-maxillaire, ce qui est déjà moins fréquent, peu importe. Ce qu'il faut mettre en lumière, c'est que le fibrôme inséré sur l'apophyse basilaire n'existe pas ou doit être très rare. La tumeur à origine basilaire n'est sans doute pas du fibrôme vrai, appartient peut-être à une des tumeurs dont parlent les Italiens et sorties du crâne par un orifice de la base cranio-pharyngienne.

L'évolution clinique du fibrôme naso-pharyngien. — M. Moure à notre congrès de Gand disait : « une autre erreur classique consiste à supposer que les polypes fibreux naso-pharyngiens contractent des adhérences avec les régions voisines dans lesquelles ils se développent. »

Encore une fois cette erreur est née de la confusion qui a régné jusqu'à ce jour dans la classification des tumeurs du naso-pharynx.

Le vrai fibrôme ne contracte pas d'adhérences ailleurs qu'à son point d'insertion qui sans doute peut être très large et restera comme nous l'avons dit dans la grande majorité des cas sur le pourtour des choanes. Le fibrôme est une tumeur bénigne et comme telle, quel que soit son lieu d'origine, sein, naso-pharynx, etc. Jamais il ne contracte d'adhérences avec les organes voisins de son point d'insertion et où son développement l'aura mené. Le jour où le fibrôme contractera des adhérences multiples, il aura cessé d'être pur et aura subi des dégénérescences qui en auront fait une tumeur mixte presque toujours maligne.

Donc au point de vue de son évolution clinique, le fibrôme naso-pharyngien peut rester fibreux pur, se développer en divers sens, remplir le cavum, pousser des prolongements dans le nez et les sinus, mais sans contracter des adhérences avec ces organes. Aussi son extirpation, si elle est totale, amènera une guérison complète et la récurrence n'est pas à craindre. Ici donc encore l'analyse histologique de la tumeur nous est du plus grand secours pour fixer le pronostic de l'affection.

Mais le fibrôme peut subir des dégénérescences, dont la principale sera sans doute la dégénérescence sarcomateuse. A côté du tissu fibreux nous trouverons des îlots de cellules jeunes embryonnaires douées d'une vitalité extrême. Dès lors la tumeur

prend une extension rapide, envahit le nez et les sinus, contracte des adhérences avec ces organes, aussi dures si pas plus résistantes encore que le point d'insertion primitif.

On pourrait m'objecter que cette tumeur mixte fibro-sarcomateuse peut être une tumeur primitive dont la nature anatomique fut telle dès son origine. Cela est parfaitement vrai et sans doute y-a-il dans le cavum des entités chirurgicales fibro-sarcomateuses qui ne sont le résultat d'aucune espèce de dégénérescence.

Mais à côté de ces formes primitives, j'admets qu'il existe des formes secondaires, suite d'une dégénérescence maligne, d'une tumeur primitivement fibreuse. Sans doute je n'ai pu rencontrer une pareille tumeur, trouvée à une première analyse, fibreuse et plus tard sarcomateuse. Mais tous les anatomistes admettent ces transformations et nous pouvons nous y rallier pour les fibrômes du naso-pharynx.

Enfin nos analyses histologiques comportent une sanction thérapeutique et indiquent la méthode opératoire. On discute actuellement encore les procédés opératoires. Les uns veulent l'arrachement par les voies naturelles, les autres préconisent l'incision du voile du palais pour donner un plus large accès, d'autres encore préfèrent la méthode trans-maxillo-nasale, des chirurgiens généraux vont jusqu'à enlever le maxillaire supérieur. Or, chacune de ces méthodes peut convenir, mais il importe avant tout de choisir son mode opératoire suivant les données anatomo-pathologiques de chaque cas. Dans ces données anatomo-pathologiques, il faut réserver une première place à l'analyse histologique.

Si le polype naso-pharyngien a cessé d'être un fibrôme pur pour contenir des cellules sarcomateuses et si dès lors il a contracté des adhérences faciles et fatales avec les organes voisins, nous ne pourrons plus songer à l'extirpation par les voies naturelles. En effet si la tumeur est quelque peu ancienne elle a poussé des prolongements dans le nez, rempli le cavum, envahi les sinus. Il est nécessaire de la détacher partout de ses multiples adhérences et cela n'est possible qu'en se donnant du jour par une large brèche. J'estime que la meilleure façon d'arriver à la tumeur, pour la débrider et aussi pour se mettre à l'abri des dangers de l'hémorragie toujours redoutable dans ces cas, en rendant le tamponnement facile, est constituée par la voie trans-maxillo-nasale, telle que l'a décrite Moure. Cette voie créée du côté où s'est développée la tumeur sera suffisante dans tous les cas où le polype du naso-pharynx ne sera pas une

néoplasie franchement maligne qui déjà a envahi, en plus du pharynx, la base du crâne et le maxillaire.

Si le polype naso-pharyngien est fibreux sans dégénérescence aucune, si donc il n'a contracté aucune adhérence en dehors de son point d'insertion, on peut songer à l'extirpation par les voies naturelles, on commence par détacher à la rugine et autant que possible les adhérences du pédicule puis on saisit le polype par voie buccale et on l'arrache. Ce procédé est parfait et convient certainement pour le fibrôme vrai encore relativement petit, qui n'a pas rempli le nez ni envahi le sinus, ni passé à travers la fente ptérygo-maxillaire pour venir saillir sous l'arcade zygomatique. Mais dans tous les cas, et ils sont nombreux, où le fibrôme a pris une grande extension, les voies naturelles sont encore si peu libres, que la rugination du pédicule peut devenir impossible, que le passage de la tumeur entière à travers les voies naturelles peut être considéré comme impossible. Or, seule une extirpation totale peut prétendre à une guérison certaine. Il reste un second motif qui doit nous faire rejeter cette méthode: c'est le grand danger des hémorragies et leur difficulté pour les arrêter quand on n'a pas une large voie d'accès à la tumeur, devant soi. Ces deux motifs réunis nous font préférer à la voie buccale naturelle, la brèche de Moure. Celle-ci nous donne un accès très facile sur la tumeur et tous ses prolongements, elle permet le détachement facile du pédicule, puis l'arrachement de la tumeur avec tous ses prolongements en un bloc; d'autre part cette extirpation est toujours accompagnée de fortes hémorragies et rien n'est plus facile qu'un tamponnement serré à travers la brèche trans-maxillo-nasale.

Nous ne parlons pas ici de l'extirpation des prolongements zygomatiques de la fosse ptérygo-maxillaire qui sont relativement rares et peuvent demander pour leur éradication des méthodes spéciales, telle que la voie jugale, ou encore la résection temporaire du maxillaire supérieur.

Nous finissons par la relation de deux cas récents et personnels de fibrômes naso-pharyngiens, que nous avons pu opérer avec succès avec le précieux concours de notre collègue Broeckkaert.

OBSERVATION I. — Jeune homme de 16 ans m'est adressé par son médecin avec cette simple mention : polypes du nez ayant entraîné dans ces dernières semaines plusieurs hémorragies spontanées graves. En effet le jeune adolescent est pâle et anémié, il appartient à une famille de solides campagnards sans tare. L'examen du nez nous révèle à droite une fosse nasale étroite mais libre jusqu'à la choane

où nous voyons nettement se dessiner un pôle de la tumeur; à gauche tout est fermé par un prolongement de la tumeur; un simple attouchement avec un stylet détermine une abondante hémorragie que le tamponnement arrête; à l'examen rhinoscopique postérieur nous découvrons une tumeur blanchâtre qui remplit tout le cavum; nous pouvons parfaitement la circonscrire à droite où elle est libre mais pas à gauche où elle s'insère largement au pourtour de la choane. Nous posons le diagnostic de fibrôme naso-pharyngien et proposons l'exérèse par la voie maxillo-nasale, tout en faisant des réserves sur le pronostic qui nous semblait grave eu égard aux abondantes et très faciles hémorragies. Sa famille ne peut se décider qu'après une nouvelle et formidable hémorragie spontanée qui menaça d'emporter le patient; je le soumis au préalable à un traitement par le chlorure de calcium qui arrêta les hémorragies pendant trois semaines. Inutile de raconter les détails de l'opération très connue. Comme le recommande Broeckaert, je détachai complètement le nez de toutes ses attaches osseuses et puis j'enlevai à la pince-gouge l'os propre du nez, la branche montante du maxillaire et toute la paroi sinuso-nasale; ainsi il me restait une large brèche donnant un accès très facile sur toute la tumeur étalée devant moi. Au cours de ces préliminaires l'hémorragie fut déjà abondante; ce jeune homme semblait être un véritable hémophile avec un sang très fluide. Nous sentions nettement que le polype était attaché largement autour de la choane droite et sur l'aile interne ptérygoïde; on la détacha tant bien que mal au milieu d'hémorragies inquiétantes et puis on tâcha de la tordre et de l'enlever à la pince. Seulement la tumeur céda et c'est par morceaux qu'il fallut l'amener. Après beaucoup d'efforts et plusieurs prises qui ramenèrent chaque fois un morceau de tumeur, la fosse nasale et le cavum semblaient bien libérés et nous étions heureux de finir l'opération par un tamponnement serré, car l'hémorragie très abondante nécessitait des injections intra-veineuses de sérum physiologique. Les suites opératoires furent normales; je fis le détamponnement après trois jours et les deux fosses nasales étaient parfaitement perméables, nous avions du reste enlevé les cornets inférieur et moyen à gauche. Au bout d'une quinzaine de jours le garçon put être renvoyé à sa maison; mais déjà alors je n'étais plus aussi satisfait du résultat; la perméabilité de la fosse nasale gauche diminuait rapidement et dans le naso-pharynx je crus voir une petite récive; mais comme le garçon était beaucoup trop faible pour subir immédiatement une seconde opération je le renvoyai chez lui avec prière de revenir dans un mois.

Entre temps nous avons soumis la tumeur à l'analyse. Déjà à l'examen macroscopique celle-ci n'avait pas la consistance ferme d'un vrai fibrôme, ni sa couleur, beaucoup trop rouge, ici, couleur plutôt chair dans notre cas.

~ A l'analyse histologique nous trouvons une trame fibreuse parsemée d'îlots de petites cellules rondes très denses; la vascularisation

est extrême à tel point qu'on dirait un angiome. Nous avons donc un fibrôme sarcomatoïde.

Dès lors notre conviction était faite ; nous aurions une récurrence. En effet un mois après l'opération le garçon nous revient bien régénéré, car il n'avait plus eu d'hémorragies, mais si la perméabilité persistait à droite, à gauche elle était nulle. A l'examen nous trouvons dans le cavum une tumeur qui remplit sa moitié gauche et la choane gauche, un prolongement remplit la fosse nasale gauche. Nous pensions d'abord faire l'opération par voie buccale, estimant qu'il s'agissait d'une récurrence sur un morceau de tumeur incomplètement enlevé la première fois ; c'était aussi l'avis du Dr Broeckert ; mais instruit par l'analyse qui avait dévoilé la présence du tissu sarcomateux et craignant encore une exérèse incomplète et des hémorragies trop abondantes, nous décidâmes de refaire la brèche trans-maxillo-nasale. Cette fois j'ouvris plus largement le sinus maxillaire ; bien nous en prit, car nous pûmes trouver dans ce sinus une tumeur qui le remplissait complètement et adhère intimement sur tout le pourtour des parois osseuses du sinus. Le détachement de toutes ces adhérences fut extrêmement pénible et provoqua des hémorragies très inquiétantes ; heureusement toutes les parties saignantes étaient largement étalées et un tamponnement serré en eut raison.

Réflexions. — Une première question s'impose ici, à savoir si cette tumeur fibro-sarcomateuse est primitive ou s'est développée secondairement par dégénérescence d'un fibrôme primitif pur ? En l'absence de tout renseignement ce serait impossible de répondre. Ce garçon me fut envoyé quand déjà les hémorragies spontanées existaient depuis longtemps, ce qui fait croire que le sarcome existait également depuis longtemps. Au point de vue de l'insertion, voilà un polype naso-pharyngien qui s'insère à l'endroit classique, au pourtour d'une choane et non sur l'apophyse basilaire, mais comme il renferme du tissu sarcomateux il va s'insérer par ses prolongements sur les organes voisins, notamment dans le sinus maxillaire. Enfin au point de vue exérèse, il n'eût servi de rien de tenter ici l'opération par les voies naturelles et cela nous pouvions le savoir par le résultat de l'analyse histologique. Celle-ci constitue donc, comme nous le disions, un précieux concours pour le choix de la méthode opératoire. Sitôt que nous découvrons du tissu sarcomateux dans le fibrôme, nous devons choisir la voie qui donne le plus de jour et le plus de chance de pouvoir extirper les prolongements devenus adhérents de la tumeur, la voie trans-maxillo-naso-sinusale. Une autre raison encore plaide en faveur de cette méthode opératoire, c'est la facilité qu'elle nous donne pour tamponner au cours de l'opération ou après l'opération la cavité opératoire, quand il s'agit

d'une tumeur aussi vascularisée que le fibrome sarcomatoïde du naso-pharynx.

OBSERVATION II. — Jeune homme de 23 ans ; depuis longtemps il ressentait une obstruction nasale devenue complète dans ces derniers temps. Un spécialiste aidé du médecin traitant voulut tenter l'extirpation d'un polype par voie nasale : il ramena une partie de tumeur et déterminait une hémorragie formidable qui nécessita l'intervention de trois médecins et ne s'arrêta que par syncope du patient. Il vint me consulter trois semaines après cette tentative d'extirpation : il était encore très pâle et fortement anémié.

A la rhinoscopie antérieure nous découvrons un prolongement polypeux libre qui bouche toute la fosse nasale gauche ; la fosse nasale droite est libre mais dans le fond nous voyons saillir un pôle de la tumeur qui bouche complètement la choane.

A la rhinoscopie postérieure nous voyons une tumeur blanchâtre qui remplit tout le cavum ; elle est libre partout sauf vers la choane gauche où elle contracte de fortes adhérences. Nous proposons l'opération par voie trans-naso-maxillaire, qui est acceptée. Sans doute nous aurions pu faire des tentatives d'extirpation par voie buccale. Mais notre sujet était si profondément anémié que nous estimions qu'il fallait lui faire subir une opération qui le mettrait plus sûrement à l'abri des grandes pertes de sang. Nous avons donc créé une vaste brèche à travers l'os nasal, la branche montante du maxillaire et le sinus maxillaire.

Nous avons étalé de la sorte la tumeur, nous l'avons détachée rapidement de ses adhérences au pourtour de la choane gauche et sur l'aile interne du ptérygoïde, saisi dans la pince et arraché en bloc.

La section des adhérences et l'extraction de la tumeur a déterminé de fortes hémorragies, que nous avons pu assez facilement arrêter par un tamponnement serré.

Les suites opératoires furent simples ; le jeune homme était complètement débarrassé de sa tumeur et pour le moment — l'opération date de trois mois — il n'y a pas trace de récurrence.

La tumeur enlevée en bloc était dure, blanchâtre, fibreuse ; l'examen microscopique révélait immédiatement une tumeur plus franchement fibreuse que celle du premier cas, qui se présentait plus molle et rougeâtre.

A l'examen microscopique nous trouvons du tissu fibreux pur sans cellules rondes ; le tissu est fortement vasculaire mais infiniment moins que pour la tumeur du premier cas où elle était extrême.

Réflexions. — Nous avons eu ici un vrai fibrôme naso-pharyngien qui histologiquement et cliniquement s'est comporté comme tel. Il avait son point d'insertion classique au pourtour de la choane et sur l'aile du ptérygoïde ; ses prolongements nasaux n'avaient contracté aucune adhérence.

L'extirpation aurait pu se faire par voie naturelle eu égard à

cette absence complète d'adhérences en dehors du point d'implantation.

Mais si nous avons choisi la voie transmaxillo-nasale, c'est d'abord en raison du volume très grand de la tumeur, ce qui aurait rendu son exérèse complète très difficile à travers les voies naturelles.

En plus une première tentative d'extraction par voie naturelle n'avait réussi qu'à déterminer des hémorragies très inquiétantes, avaient fortement anémié le patient et nous désirions nous mettre, au cours de l'opération, dans les meilleures conditions pour arrêter les hémorragies, c'est-à-dire étaler largement devant nous la tumeur et créer une large voie pour le tamponnement.

Faisons observer encore que cette tumeur purement fibreuse n'avait aucune tendance à la régression chez ce jeune homme de 25 ans.

Conclusions. — L'analyse histologique s'impose pour toute tumeur du naso-pharynx ; si elle démontre l'existence d'une tumeur mixte, fibro-sarcomateuse, l'exérèse par voie naturelle est impossible et se fera de préférence par la brèche transmaxillo-naso-sinusale. S'il s'agit d'un vrai fibrôme pur, on peut tenter l'opération par la voie buccale ; mais à notre avis, si le fibrome naso-pharyngien est grand et saigne facilement et abondamment ce qui est le plus souvent le cas, — on préférera à la voie naturelle, — qui expose à une exérèse incomplète et à de fortes hémorragies, la même voie transmaxillo-nasale.

RÉSULTATS PERSONNELS OBTENUS AVEC L'ASPIRATION DE BIER EN OTOLOGIE

Par **Ernest BOTELLA** de Madrid),
Membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

[Traduction par M. MENIER, de Decazeville.]

Les premières communications de Bier sur sa méthode d'hyperémie passive, employée dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, remontent aussi loin que 1892, cependant jusqu'en 1904, ce procédé ne fut pas utilisé en otologie, date où il fut employé alors par Keppler, Eschweiler et Heine.

Il n'entre pas dans le cadre de ma communication de rappeler les résultats obtenus par les divers auteurs avec l'hyperémie passive, il suffit de signaler que dans bien des cas, ces résultats ne furent pas du tout favorables et que la stase par bande élastique appliquée au cou fut regardée comme très dangereuse par Isemer, Stenger, etc.

En 1903, Sondermann eut l'idée de remplacer la bande élastique par des ventouses, moyen déjà employé par Bier, non seulement pour produire l'hyperémie thérapeutique, mais aussi pour faciliter l'évacuation du pus.

Les résultats obtenus avec l'aspiration par Muck, Stimmel, Préobrajenski, Gaudier, etc., ont été très variables, bien qu'en général, ils aient été meilleurs qu'avec la bande ; cependant, on n'a pas manqué d'observer des accidents graves, parmi lesquels les plus connus furent les nécroses mastoïdiennes.

Les inconvénients signalés par Fröse (*Archiv f. Ohrenh.*, I, 1907), pour l'application de la bande et qui dépendent de la structure anatomique de la mastoïde peuvent s'appliquer aux ventouses. Le fait que la mastoïde a un orifice de drainage très petit et que ses vaisseaux sont enfermés dans des canaux osseux sans que leurs parois puissent se dilater, favorise l'accumulation de sang et de produits, mais gêne la résorption de ces derniers. Vohsen, de Francfort (*Munch. med. Woch.*, 1907-9) dit que les ventouses ne doivent pas être appliquées dans les mastoïdites, car elles amènent une tuméfaction de la muqueuse des cellules, empêchant leur libre communication avec la caisse ; elles sont aussi contre-indiquées dans les suppurations de la caisse avec petite perforation, car celle-ci a tendance à se fermer rapidement.

Il en résultait, donc, que si le principe thérapeutique, l'hyperémie, ne perdait rien de sa valeur, son application, tant par la bande que par les ventouses, était dangereuse à cause de la configuration spéciale de la région anatomique sur laquelle nous avons à agir ; il fallait donc penser à une autre méthode qui, utilisant le même principe, n'en eût pas les inconvénients ; ce moyen, c'est l'aspiration.

L'aspiration, en tant que moyen simplement évacuateur des sécrétions de la caisse fut déjà recommandée par Lermoyez, Brown et Fridenburg et moi-même l'utilisai avec un résultat merveilleux en octobre 1905, dans un cas d'otite moyenne suppurée avec mastoïdite (*Boletín de laringología*, septembre 1906) ; c'est à Leuwer, Muck et Préobrajensky qu'on doit son application systématique et thérapeutique en remplacement des ventouses, dont elle n'est qu'une variante, améliorée à mon avis.

En effet, l'aspiration, outre l'accomplissement de la base du principe thérapeutique, l'hyperémie, remplit la très importante tâche d'évacuation des sécrétions et quand ce ne serait que pour cette deuxième propriété, il y aurait un motif plus que suffisant de mériter notre considération.

Technique de l'aspiration. — Un des grands avantages de l'aspiration sur le procédé des ventouses, c'est qu'on peut l'appliquer sans appareils spéciaux ; la poire de Politzer, une seringue pourvue à son extrémité d'un tube de caoutchouc à fortes parois et une canule s'adaptant bien au méat auditif externe est suffisante ; dans le cas cité plus haut j'employai la pompe de Breitung mue par le moteur électrique ; les appareils de Leuwer et Muck se réduisent à une petite ampoule de cristal où le pus se collecte et qui a deux extrémités, dont l'une s'applique au méat ; on adapte à l'autre un tube et une forte poire en caoutchouc servant à faire le vide dès qu'on a placé l'autre embout. Dans mes premiers essais, je me servis d'un appareil de Leuwer dont j'appliquai l'extrémité auriculaire au méat externe ; mais, en nettoyant le conduit après l'application, je constatai presque toujours l'affaissement de ses parois et une sténose consécutive ; quoique passagère cette dernière n'était pas sans des inconvénients dont le plus important était la difficulté d'examiner le tympan et sa perforation ; pour éviter ces inconvénients j'ai fait faire des tubes de verre coudés aux extrémités en forme d'olive et de calibres différents de manière à pouvoir les introduire très profondément dans le conduit ; à cette extrémité, dite auriculaire, et pour que l'adaptation soit parfaite, je recouvre l'olive de verre d'un morceau de caoutchouc fin et à l'autre extrémité j'adapte un tube et une

puissante poire, le tout en caoutchouc, pour produire le vide. Le tube de verre fait office de dépôt et sa forme angulaire favorise extraordinairement sa mise en place.

OBSERVATION I. — Le premier cas dans lequel j'employai l'aspiration, comme moyen thérapeutique, basé sur la théorie de Bier fut le suivant :

Jeune fille de 23 ans, avec otorrhée depuis l'enfance, traitée à diverses reprises, avec des améliorations passagères. La sécrétion était peu abondante ; cependant quand elle disparaissait grâce au traitement, il survenait des douleurs dans la moitié correspondante de la tête, attribuées à mille causes diverses, mais qui cessaient dès qu'il sortait quelques gouttes de pus.

Je la vis dans une de ces crises ; le tympan et la chaîne des osselets étaient détruits ; avec le stylet coudé, on pénétrait dans l'attique, touchant sa paroi rugueuse et douloureuse. Je diagnostiquai : carie de l'attique avec symptômes de rétention du pus et fis quelques lavages avec la canule pour l'attique, et les douleurs cessaient immédiatement, je continuai les lavages, fis des attouchements au nitrate, des bains à l'eau oxygénée, des attouchements au chlorure de zinc, pansements secs, etc. ; la suppuration, toujours très peu abondante, diminuait, mais ne tarissait pas ; avec le froid, les douleurs revinrent et l'intervention fut regardée comme nécessaire. Dans ces conditions, je décide d'essayer l'aspiration.

A la première séance, de 10 minutes de durée, il sortit une assez grande quantité de sang et un polype charnu du volume d'un grain de chènevis, dont nous n'avions même pu soupçonner l'existence ; légère nausée en enlevant la canule. Pansement sec.

A la deuxième séance, le tube se remplit d'un liquide clair, transparent ; il sortit, en outre, une masse muqueuse du volume d'un petit pois et des membranes.

A la troisième, de 5 minutes, il sortit également une masse membraneuse et du liquide séro-sanguinolent. Après l'aspiration la malade ressentit une chaleur locale et une légère douleur.

Après la quatrième qui donna lieu à l'issue de la même masse muqueuse et de liquide clair, la malade eut toute la soirée une douleur dans le front et dans la fosse temporo-occipitale ; le lendemain il y avait du pus dans le fond de la caisse. Pansement sec.

Les aspirations furent continuées avec régularité pendant quelque temps, chaque deux jours, toujours avec le même résultat : sortie de liquide clair et de masses muqueuses ; bientôt nous les fîmes 2 fois par semaine et finîmes par les cesser. Le pus disparut, les douleurs ne revinrent pas et la malade eût pu être regardée comme guérie, si les masses muqueuses en question n'étaient pas sorties quand on faisait l'aspiration.

OBSERVATION III. — Homme de 35 ans avec furoncle de la paroi postérieure ; on l'incise ; une fois guéri, le malade se plaint de douleurs dans le fond du conduit, tympan rouge et bombé.

Diagnostic : otite moyenne aiguë. On fait une myringotomie suivie d'aspiration ; on répète celle-ci parce qu'il y a sensibilité mastoïdienne ; on en fit 10 de 10 minutes de durée ; il fallut répéter la myringotomie 3 fois, car chaque fois que le tympan se fermait, les douleurs mastoïdiennes, irradiées à la moitié correspondante de la tête reparaissaient. Guérison.

OBSERVATION III. — Enfant de 4 ans avec otite muqueuse suppurée chronique droite. Vaste perforation.

Au bout de quelques jours de traitement ordinaire on emploie l'aspiration ; on en fit six séances suivies de pansement sec. Guérison.

OBSERVATION IV. — Jeune homme de 22 ans, avec otorrhée droite depuis l'enfance ; perforation postéro-supérieure par laquelle pénètre le stylet ; on touche l'os rugueux et dénudé.

Diagnostic : carie de l'attique.

On fit des lavages avec la canule et pansements secs, et ensuite deux aspirations : la première provoqua de la douleur et ne fit sortir que du sang ; la seconde donna issue à du pus et à des masses cholestéatomateuses, ce qui nous décida à intervenir.

OBSERVATION V. — Femme de 50 ans avec otorrhée droite depuis 17 ans, douleurs dans la moitié correspondante de la tête qui surviennent chaque soir et suppuration peu abondante, fétide et quelquefois sanguinolente.

L'examen révèle un petit polype de la paroi supérieure de la caisse, perforation postéro-supérieure et carie de l'attique.

Ablation du polype à la curette ; lavages à la canule, la suppuration diminua quelque peu.

A la première aspiration quidura 3 minutes il sortit un peu de sang et une fongosité du volume d'un grain de mil ; quelques nausées, légère douleur et chaleur qui durèrent 2 heures.

On fit ensuite 3 aspirations, trois jours de suite ; il sortit de la sérosité et du pus sanguinolent ; après la dernière il y eut de la douleur, ce qui fit faire une suspension de 2 jours ; on recommença le 3^e parce que la suppuration fétide avait reparu ; la durée de cette séance fut de 10 minutes ; elle fut suivie de légère douleur. Après la 6^e aspiration, on ne fit que des pansements secs ; la gaze était légèrement humide, mais sans odeur.

OBSERVATION VI. — Homme de 35 ans, otorrhée depuis l'enfance. Je le vis pour la première fois en 1908 ; il avait alors une suppuration fétide et un volumineux polype de la caisse qui fut enlevé ; le tympan et les osselets étaient détruits ; il y avait carie de l'attique ; il avait assez souvent des douleurs dans la fosse temporale. Il ne voulut pas être opéré ; il s'améliora par les pansements et la suppuration disparut presque totalement pendant une période. Il revint de

nouveau en 1910 ; il avait un petit polype sortant de l'attique. A la première aspiration, il sortit du sang en abondance et, le polype du volume d'un grain de chènevis, se détacha. Le lendemain, nouvelle séance d'aspiration, avec sensation de traction à la partie supérieure du fond de la caisse, un peu de sang et détachement d'un autre petit polype. Lors des 3^e et 4^e, il sortit un peu de sérosité sanguinolente ; à la 5^e, de 12 minutes de durée, en plus de la sérosité sanguinolente, il sortit deux petites fongosités à moitié ridées. Il eut ensuite un peu de douleur dans le conduit qui s'affaissa.

Repos pendant 4 jours ; on fit des pansements secs ; puis on fit deux nouvelles aspirations pendant lesquelles il sortit un peu de pus sanguinolent.

Ensuite, pansement sec. Guérison qui dure encore.

OBSERVATION VII. — Homme, 22 ans ; otorrhée gauche depuis 14 ans ; ce dernier temps la suppuration est fétide, abondante ; douleurs dans la moitié correspondante de la tête ; pour ces motifs on voulait l'opérer. Il avait perforation de la membrane de Shrappnell avec carie de l'attique et de la tête du marteau.

On commença le traitement en septembre en faisant des lavages de l'attique et bientôt résection du marteau et pansements secs ; les douleurs et la fétidité de la suppuration disparurent ; cette dernière demeura peu abondante.

En février, après avoir interrompu le traitement, pendant quelque temps, le malade revient avec une suppuration un peu plus abondante ; la muqueuse de la caisse est velvétique, on commence alors des séances d'aspiration ; lors de la première qui produisit quelque douleur avec sensation de traction, il sort une petite fongosité ; la seconde produisit aussi douleur et bourdonnement et issue de liquide séro-sanguinolent ; dans le troisième, liquide séro-sanguinolent et fongosité qui également sortit lors de la 5^e, bien que la caisse parût complètement nette à la vue ; il en fut de même de la 7^e.

En dernier lieu, après la 10^e, on fit seulement des pansements secs en changeant la gaze tous les deux ou trois jours ; elle était légèrement humide à son extrémité.

OBSERVATION VIII. — Homme 38 ans, avec otite moyenne aiguë droite, consécutive à un refroidissement, avec fièvre et douleur très accentuée sur la mastoïde. On fit une myringotomie qui donna issue à de la sérosité sanguinolente et qui fut suivie de légère amélioration pendant trois ou quatre jours ; ensuite il y eut une aggravation assez intense, la fièvre reparut ainsi que les douleurs mastoïdiennes irradiées à la moitié de la tête et si fortes qu'elles privent le malade de sommeil ; en outre, il y a un léger empâtement à l'apophyse. Les applications constantes de chaleur humide ne produisent pas de soulagement ; on fait alors une séance d'aspiration après avoir agrandi la perforation qui s'était beaucoup réduite. L'application de l'aspiration fut assez douloureuse, à cause de la sensa-

tion de traction intense. Il sortit du pus clair. Ce fut la première nuit où le malade put reposer tranquillement. On fit trois autres séances qui firent disparaître les douleurs et l'empâtement mastoïdien. Guérison.

OBSERVATION IX. — Enfant de 4 ans avec otite moyenne suppurée chronique et polype remplissant le fond du conduit gauche.

Il n'a jamais été traité et nous décidons d'appliquer l'aspiration pour extraire le polype. A la première séance, il sort du sang en abondance ; il fallut la suspendre au bout de 3 à 4 minutes ; il en fut de même à la seconde et bien qu'on voit que le polype est réduit de dimensions, on cesse le traitement par aspiration.

OBSERVATION X. — Demoiselle, 34 ans, otorrhée du côté droit, depuis 20 ans, avec destruction du tympan et des osselets et carie de l'attique ; elle fut traitée par moi, il y a 5 ans, la guérison a persisté pendant toute cette période. Elle a de la tuberculose pulmonaire avec lésions d'infiltration.

La suppuration a reparu il y a dix mois et voilà 5 mois qu'elle a des douleurs dans le fond de l'oreille et qui ont été en augmentant jusqu'à provoquer une véritable douleur au front et à la région temporale et mastoïdienne. Elle dormait mal et en février, elle eut des nausées, de la lourdeur de tête et de l'hébétude. Elle avait une suppuration verdâtre dans le fond de la caisse, une douleur pongitive dans la mastoïde et à la région temporale.

A la première aspiration, il sortit un petit polype non soupçonné et les douleurs mastoïdiennes disparaissent.

On fit quatre autres aspirations, en associant les séances aux pansements secs. Nous obtînmes une guérison complète.

Le résultat des 10 observations relatées est le suivant :

Quatre cas de carie de l'attique dans lesquels, bien qu'on n'ait pas obtenu la guérison, l'amélioration fut considérable.

Deux cas de carie de l'attique, guéris.

Deux d'otite moyenne aiguë avec mastoïdite ; guéris.

Un cas d'otite moyenne chronique simple, guéri.

Un cas de polype volumineux de la caisse, dans lequel on abandonna le traitement la 2^e séance.

Avant fait ce traitement à titre d'essai et avec un aussi faible nombre d'observations, il est clair que nous n'avons pas la prétention de porter sur sa valeur un jugement définitif ; cependant les résultats obtenus grâce à lui sont assez satisfaisants pour fonder de grandes espérances sur cette méthode, surtout dans les cas aigus.

Dans les observations II et VIII d'otite moyenne aiguë avec mastoïdite, l'aspiration ne pouvait donner des résultats plus

brillants ; la douleur mastoïdienne disparut après la première séance, fait observé aussi dans le cas X ; de même l'empâtement de la mastoïde cessa rapidement ; nous constatâmes dans l'observation II le fait signalé par Vohsen : la tendance qu'ont les perforations du tympan à se refermer, motif pour lequel il fallut répéter trois fois la myringotomie.

Dans l'observation III, otite moyenne chronique simple, la guérison fut aussi obtenue facilement.

Sur les six observations de carie de l'attique, bien qu'on n'ait obtenu la guérison que dans deux, les résultats furent si satisfaisants pour les quatre autres, que l'amélioration obtenue pourrait être presque regardée comme une guérison, car l'aspiration fit cesser la suppuration fétide ; il ne resta aucun indice de la lésion qu'un peu d'humidité au bout de la gaze.

Dans l'observation V, on abandonna le traitement en voyant qu'il s'agissait d'une lésion cholestéatomateuse.

Dans la majeure partie de ces cas, l'aspiration fit sortir des masses polypoïdes dont nous n'avions même pu soupçonner l'existence dans l'attique, ce qui nous décida à l'employer dans le cas IX, où nous échouâmes, soit parce que nous ne fîmes que deux applications, soit parce que la large base d'implantation du volumineux polype fit obstacle à son décollement.

Il résulte donc que l'aspiration, bien qu'on ne la considère que comme un moyen d'évacuation des sécrétions et produits accumulés dans la caisse et dans les cavités limitrophes, a des avantages immenses sur les procédés de nettoyage employés antérieurement (irrigation, Valsalva et Politzer) ; en outre, elle obéit au principe thérapeutique de provoquer une hyperémie plutôt active que passive, selon Fridenburg ; il faut supposer qu'en ce cas son action curative dépend plutôt d'une action phagocytaire et de reconstitution par augmentation de vitalité que d'une accumulation d'antitoxines comme il se produit dans le procédé de Bier pur.

CONCLUSIONS

1° L'aspiration directe par le conduit est le meilleur moyen pour évacuer les sécrétions de l'oreille moyenne ;

2° Pour éviter les inconvénients que peut produire l'affaissement des parois du conduit auditif, les canules au lieu d'être appliquées au méat (Muck, Leuwer) seront introduites très profondément (Botella) ;

3° Surveiller soigneusement la perforation du tympan, en l'agrandissant si elle tend à se fermer avant que le processus soit terminé ;

4° Bien que l'aspiration puisse s'employer sans danger dans tous les cas, nous croyons que les résultats les plus favorables sont obtenus dans les otites moyennes aiguës simples et avec mastoïdites, et dans les otites chroniques simples; dans les cas où il existe lésion osseuse, surtout si elle est accompagnée de formation de fongosités, l'aspiration produit une amélioration surprenante pouvant arriver jusqu'à la guérison;

5° L'aspiration, pour l'ablation de fongosités et de petits polypes, est supérieure à la curette, car elle exerce son action sur des régions que celle-ci n'atteint pas;

6° On peut l'employer comme traitement d'épreuve dans les otites adhésives et généralement, dans tous les cas où on croit nécessaire de contrebalancer les effets de la pression externe sur le tympan et sur la chaîne des osselets;

7° Enfin les séances d'aspiration seront de 10 à 12 minutes au maximum; on les interrompra quand il sortira du sang, en veillant, au début comme à la fin, à créer et à supprimer le vide, non pas d'une manière brusque, mais douce et graduelle pour ne pas provoquer de nausées et de vertiges très pénibles.

VII

ANESTHÉSIE LOCALE DANS L'OPÉRATION RADICALE DE KILLIAN POUR LA SINUSITE FRONTALE CHRONIQUE

Par **Eugène POLLAK** (de Graz).

[Traduction par M. MENIER, de Decazeville.]

Pour faire disparaître une sinusite frontale chronique, quand on n'a pas réussi à amener la guérison par le traitement intranasal, en particulier par le dégagement des voies d'écoulement du pus et par des lavages réguliers du sinus, il faut, dans certaines indications, ouvrir le sinus par l'extérieur, enlever la muqueuse malade et les septums qui forment des loges et créer une vaste communication avec la fosse nasale. Parmi les opérations servant à cette fin, celle établie par Killian et décrite par lui en 1902 s'est montrée la plus digne de confiance. Ses particularités principales sont la formation d'une lame osseuse permanente sus-orbitaire tout en enlevant totalement la paroi antérieure et l'inférieure du sinus et la mise à nu des cellules ethmoïdales du sinus frontal et du reste de l'ethmoïde grâce à l'ablation de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur avec curettage consécutif des cellules ethmoïdales antérieures, éventuellement aussi des postérieures et du sinus sphénoïdal. Quand le sinus frontal est petit il suffit d'enlever la paroi antérieure ou l'inférieure ; en règle générale on associe à cette intervention la résection de Killian de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur.

Jusqu'ici d'ordinaire l'opération radicale de la sinusite frontale fut faite avec anesthésie générale. Les inconvénients inhérents à la narcose dans les opérations sur le territoire du crâne facial, ont aussi amené à essayer pour les opérations sur le sinus frontal, l'emploi de l'anesthésie locale. C'est à Braun que revient le mérite d'avoir élaboré ici aussi une technique impeccable. Déjà avant lui certains rhinologistes avaient fait sous anesthésie locale des opérations sur le sinus frontal, mais dans aucun cas l'anesthésie n'avait été parfaite.

Dahmer fut le premier qui ait relaté (1909) deux opérations radicales de Killian faites sous analgésie locale et dans lesquelles en plus de l'anesthésie intra-nasale des surfaces il employa avec un résultat satisfaisant des injections sous-périostées d'une solution de cocaïne adrénalisée à 1 % dans le trajet des sourcils et dans l'angle interne de l'œil. De même Eschweiler (1910) anes-

thésia avec de bons résultats dans une opération de Killian faite sur un vaste sinus, en ayant recours à l'infiltration faite couche par couche et pas à pas, du champ opératoire externe, au moyen d'une solution de novocaïne à 1/2 % à laquelle étaient ajoutées 5 gouttes de solution-mère de suprarénine par 10 centicubes, et au moyen aussi du tamponnement cocaïnique de l'intérieur du nez, du sinus frontal ouvert et de l'infundibulum. Luc (1910) exécuta une opération radicale bilatérale sous anesthésie locale incomplète qu'il avait tâché d'obtenir au moyen d'injections intradermiques et sous-cutanées d'une solution de novocaïne-adrénaline et par des injections profondes faites à la partie supérieure et à la partie interne de l'orbite.

En 1910 et 1911, Braun et son assistant Peuckert relatèrent 13 opérations frontales radicales, parmi lesquelles plusieurs suivant la méthode de Killian qui furent faites sans douleur sous anesthésie locale, grâce au procédé créé par Braun. Sa méthode consiste dans la combinaison de l'anesthésie par conduction de la 1^{re} et de la 2^e branche du trijumeau avec encerclement sous-cutané du champ opératoire. Pour l'injection dans le périnèvre il emploie une solution de novocaïne à 1 % avec minime, addition de suprarénine et pour l'encerclement une solution à 1/2 % ; il prépare ses solutions avec les tablettes A. de novocaïne-suprarénine des Fabriques de Hoechst. Braun atteint la 1^{re} branche du trijumeau ou ses rameaux par des injections orbitaires profondes sur la paroi supéro-interne et sur la paroi externe. L'injection orbitaire externe sert à provoquer l'anesthésie par conduction du nerf frontal et du nerf lacrymal. Suivant Braun, on peut s'en passer pour l'anesthésie dans l'opération radicale du sinus frontal, car le nerf frontal peut être atteint aussi par l'injection orbitaire interne. Le point de piqure pour celle-ci se trouve à un travers de doigt au-dessus de l'angle interne de l'œil ; ici on enfonce une canule fine et longue, on l'introduit à 4 cent. 1/2 ou 5 de profondeur, le long de la paroi orbitaire supéro-interne et tout en enfonçant et retirant légèrement la canule on injecte 5 centicubes de la solution à 1 %. Cette injection atteint le nerf naso-ciliaire et les nerfs ethmoïdaux antérieur et postérieur (sphéno-ethmoïdaux). Si on distribue une partie du liquide injecté le long de la paroi orbitaire supérieure, on atteint aussi le nerf frontal. Après l'injection, il se produit une légère protrusion du globe oculaire et un œdème de la paupière, manifestations qui passent rapidement. Pour la 2^e branche du trijumeau, le nerf maxillaire, Braun recommande le procédé d'introduction de l'aiguille dû à Matas : le point de

piqûre est situé juste en arrière de l'angle inférieur de l'os malaire. Si ici on enfonce une longue canule, on arrive à la face postérieure du maxillaire supérieur. On fait pénétrer l'aiguille plus loin en tâtonnant le long de la tubérosité du maxillaire jusqu'à ce qu'elle arrive dans la fosse ptérygo-palatine et atteigne le trou rond. En ce moment le malade sent une douleur qui s'irradie dans les dents du maxillaire supérieur. En enfonçant et retirant légèrement la canule, on injecte 5 centicubes de la solution. L'encerclement par injections du champ opératoire sert à supprimer les territoires nerveux voisins et à anémier la région. Avant les opérations osseuses sérieuses, Braun recommande de préparer le sujet au moyen de la morphine ou de la scopolamine-morphine.

Jassenetzky anesthésia en 1910 suivant la méthode de Braun dans un cas d'opération bilatérale et Lange (1911) dans 6 cas, dans lesquels cependant il s'agissait de petits sinus et dans aucun il ne s'agissait d'opération de Killian. Lange ne fit l'anesthésie par conduction que dans le territoire de la 1^{re} branche du trijumeau et avec un peu d'hésitation sans obéir parfaitement aux règles de Braun. Malgré cela il obtint une insensibilité parfaite ; ce n'est que lors des sutures que les malades se plaignirent de douleurs dans le bord inférieur de la plaie situé vers la paupière. Luc relate trois autres opérations radicales (1911) faites sous anesthésie locale parfaitement réussie cependant au moyen de son procédé que nous avons mentionné plus haut.

Comme, depuis que Braun a fait connaître sa technique, aucun autre auteur n'a publié de compte rendu d'opération typique de Killian, dans laquelle cette technique ait été complètement suivie, je me permets de présenter le cas suivant :

Le malade âgé de 47 ans chez lequel dix-huit mois environ auparavant les deux sinus maxillaires avaient subi l'opération radicale de Caldwell-Luc fut traité par moi, par voie endonasale pendant plusieurs mois d'une façon régulière, mais sans succès, pour une sinusite chronique gauche ; le 29 mars 1912, avec l'autorisation bienveillante de M. Hertle, chirurgien en chef et privat-dozent je lui fis l'opération radicale de Killian. Deux heures avant l'opération, on lui injecta sous la peau deux centigr. de morphine. Avant le début de l'opération, anesthésie locale suivant la méthode de Braun. Tout d'abord injection orbitaire interne au niveau du nerf naso-ciliaire, du nerf frontal et en retirant la canule, aussi au niveau du nerf sphéno-ethmoïdal et du nerf ethmoïdal. Apparition et disparition rapide d'une légère saillie du globe et d'un œdème palpébral. Injection dans la branche maxillaire vers le trou rond. Puis encerclement sous-cutané (solution de novocaïne-suprarénine à 1/2 ‰) du champ opératoire externe

d'après les limites que nous devons donner au sinus gauche en nous basant sur la radiographie ; puis le long du dos du nez jusque vers le bout de cet organe et de là suivant une ligne se dirigeant vers le trou sous-orbitaire. Au bout de 10 minutes environ et après tamponnement serré de la partie antéro-supérieure de la fosse nasale gauche, début de l'opération : incision cutanée courbe de Killian, ouverture du sinus frontal à l'angle supéro-interne de l'œil, ablation de toute la paroi antérieure du sinus après formation de la lame osseuse sus-orbitaire qui doit rester en place. En direction verticale le sinus frontal mesure jusqu'à 3 cent. $1/2$, s'étend en arrière jusque dans la profondeur de la voûte orbitaire et en dehors très loin, à la partie externe de l'angle interne de l'œil grâce à la formation d'un profond récessus temporal. La distance depuis l'angle interne de la plaie du sinus jusqu'à l'angle externe de la plaie est de 9 centimètres. Décollement de la paupière supérieure et du périoste jusque loin en dehors de la fente sus-orbitaire (suivant le procédé d'Hajek). Ablation de toute la paroi orbitaire du sinus frontal, résection de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, de l'os lacrymal, des cellules ethmoïdales antérieures ainsi que de la partie antérieure de la lame papyracée et de la muqueuse nasale correspondante. Placement de deux sutures entre le tissu péri-orbitaire portant la poulie du grand oblique et le périoste de la lame osseuse sus-orbitaire conservée. (Méthodes de Hajek et de Ritter.) Tamponnement. Suture de la plaie au fil de bronze d'aluminium à l'exception de l'angle de la plaie.

Pendant toute l'opération qui dura deux heures le malade ne ressentit de douleur que pendant 1 à 2 secondes lorsque l'incision cutanée dut être prolongée vers la région temporale à cause de l'extraordinaire extension du sinus. Le prolongement de l'incision cutanée se trouvait en dehors du territoire cutané encerclé. L'opération fut très facilitée par l'insensibilité et l'anémie des tissus.

Relevons les points suivants dans la marche ultérieure : il n'y eut pas non plus de douleurs après l'opération, la plus haute température post-opératoire fut de $37^{\circ} 6$; les troubles du malade disparurent complètement et la sécrétion cessa en quelques semaines de manière totale. Grâce à la lame osseuse de Killian, le résultat esthétique est parfait. Par suite du décollement du périoste fait au delà de la fente sus-orbitaire et qui fut nécessaire pour l'ablation totale du plancher du sinus, il y eut de la diplopie qui disparut au 10^e ou 12^e jour après l'intervention et qui ne se manifesta pas même lors de l'examen avec le disque de Newton.

Donc dans ce cas d'opération radicale typique de Killian sur un sinus frontal de très grandes dimensions, l'anesthésie locale

de Braun a fait ses preuves de façon parfaite. Il semble qu'il n'y ait à redouter aucun danger pour les yeux du fait des injections. Cependant on connaît jusqu'ici deux incidents désagréables mais qui n'eurent pourtant pas de conséquences permanentes. Kredel à la suite d'une injection orbitaire observa une amaurose de l'œil correspondant qui dura 10 minutes.

Jassenetzky vit aussi le lendemain de l'opération d'un empyème frontal double faite sous anesthésie locale, il vit survenir, dis-je, de la cécité-bilatérale qui disparut rapidement. Mais cette amaurose s'accompagnait d'un œdème inflammatoire de l'orbite et elle est due probablement à une infection de l'orbite.

Ainsi que l'ont déjà dit Luc et Lange, l'exécution de l'opération radicale du sinus frontal sous anesthésie locale devrait devenir le procédé normal. Chez les malades très excitables psychiquement et quand on trouve des complications avant ou pendant l'intervention rendant nécessaire une ouverture de la cavité crânienne, on aura recours à l'anesthésie générale. Par contre, le jeune âge des malades ne constitue pas un obstacle à l'emploi de l'anesthésie locale.

Pour le moment, on ne peut encore dire si la méthode préconisée récemment par Haertel, et qui consiste à anesthésier tout le territoire d'innervation du trijumeau au moyen d'une injection de novocaïne dans le ganglion de Gasser, pourra rivaliser avec la méthode de Braun. Mais l'encerclement sous-cutané auquel renonce Haertel forme une partie très précieuse du procédé de Braun.

BIBLIOGRAPHIE

- PEUCKERT. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 66. Band, 1910.
 BRAUN. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 111. Band, 1911 ; Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 30, 1911 ; Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie, 1912.
 DAHMER. Archiv für Laryngologie, 21. Band, 1909.
 ESCHWEILER. Zeitschrift für Laryngologie, 5. Band, 1912.
 LUC. Zeitschrift für Laryngologie, 2. Band, 1910 ; 4. Band, 1911 ; Revue hebdomadaire de Lar., Nr. 19, 1912.
 JASSENETZKY. Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 27, 1911.
 LANGE. Passow's Beiträge, 5. Band, 1911.
 KREDEL. Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 21, 1911.
 HAERTEL. Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 21, 1912.

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES ACCOMPAGNANT DES CAS DE COMPLICATIONS GÉNÉRALES, OU ENDO-CRANIENNES, D'OTITES MOYENNES PURULENTES¹.

Par **THOMAS BOBONE** (San-Remo).

La richissime littérature, qui existe sur les complications générales ou endocrâniennes, qui peuvent accompagner l'otite moyenne purulente, tant aiguë que chronique, fait « qu'il n'y a plus le même intérêt que d'antan à venir vous exposer *in extenso*, et avec luxe de particularités, dans des réunions comme la nôtre, tous les cas de méningite, séreuse ou purulente, de pyohémie, d'abcès cérébraux ou cérébelleux que chacun de nous peut avoir eu l'occasion d'observer; car cela conduirait, maintenant, à une répétition d'histoires qui, depuis longtemps, se suivent et se ressemblent. C'est pour cette raison que, en venant vous parler de quelques cas de ce genre, je n'insisterai pas trop ni sur l'intervention, ni sur la symptomatologie spéciale ni sur la thérapie adoptée dans chacun d'eux, ne pouvant vous dire que des choses que vous savez déjà : je m'attarderai, plutôt, sur quelques particularités qui se sont rencontrées, et qui m'ont mis plus d'une fois dans l'embarras pour l'interprétation exacte de la symptomatologie, en me faisant douter quelquefois de l'exactitude du diagnostic, ou bien qui me semblèrent se détacher du commun pour mériter d'être mentionnées.

Le premier de ces cas remonte à une vingtaine d'années. Je l'ai mentionné brièvement dans la discussion qui suivit les communications de Th. Barr et G. Gradenigo, lues au Congrès international d'Otologie de Florence. Comme je ne l'ai jamais publié, vous me permettrez d'en dire quelque chose maintenant.

Le malade, qui dépassait la soixantaine, souffrait, depuis de longues années, d'une otite purulente à gauche qu'il n'avait presque jamais soignée. Un jour, il commence à se plaindre de vertiges, accompagnés de quelques troubles de l'équilibre, sans trop s'en préoccuper. Quelque temps après s'installe, brusquement, une paralysie du facial gauche, que suivirent de près des douleurs de tête et de la fièvre. Invité par la famille à le visiter en compagnie de son médecin habituel, je le trouvais dans un état de grande prostration, l'air hébété, consumé par la fièvre, tourmenté par une céphalée continuelle comme si sa tête fut serrée dans un étau, par des vertiges sans relâche, et incapable de faire un pas sans être soutenu. A gauche : plus de tympan et moins encore d'osselets. La paroi labyrinthique de la caisse

1. Communication au XV^e Congrès de la Société italienne d'oto-rhino-laryngologie. Venise, septembre 1912.

était dépourvue de muqueuse et rugueuse, l'écoulement point abondant, mais fétide : l'ouïe à gauche complètement perdue.

Je diagnostiquais une suppuration du labyrinthe et un abcès cérébral probable. Je fis, naturellement, un pronostic très réservé, et proposai d'ouvrir largement les cavités de l'oreille moyenne et, éventuellement, la cavité crânienne. Un professeur de clinique médicale et un de clinique chirurgicale, appelés successivement au chevet du malade, ne purent que constater la gravité de la situation, en admettant aussi, l'un et l'autre, la présence d'un abcès dans la substance cérébrale comme probable. Le chirurgien fut chargé de l'opération. Il trouva une mastoïde complètement éburnée sans cellules ni ancre, et la démolit en totalité, en découvrant, sur l'étendue d'environ un centimètre, le sinus latéral, qui se présenta de couleur normale, et pulsant ; après quoi il ne crut pas devoir aller plus loin.

L'opération ne changea rien aux conditions du malade qui allèrent, au contraire, toujours en empirant : la fièvre demeura toujours élevée, survinrent des vomissements, de la photophobie, de l'agitation, du délire, de la rigidité de la nuque et, enfin, coma et mort.

A l'autopsie, que la famille me demanda de faire, j'ai trouvé une méningite purulente diffuse et un foyer d'encéphalite assez étendue dans l'hémisphère gauche. Sur la paroi supéro-postérieure du rocher existait un trou très irrégulier, qui pouvait admettre la pointe du petit doigt. Aussi bien dans la substance cérébrale que cérébelleuse, taillées minutement dans toutes les directions, il n'a été possible de trouver la moindre collection purulente. Au contraire, — et c'est ici qu'il me semble se trouver la spécialité du cas — existait, entre la paroi interne du temporal de droite et la dure-mère, une collection purulente de la grandeur d'un gros œuf de pigeon, à laquelle correspondait une dépression visible sur l'hémisphère cérébral sous-jacent. Il s'agissait donc d'un abcès extradural situé du côté opposé, et symétrique à celui de la lésion.

Depuis lors je n'ai pu observer un second cas qui ait quelque ressemblance avec celui-ci, et je ne me rappelle pas avoir lu, parmi les innombrables cas de complications endocrâniennes, publiées depuis 20 ans, quelque chose qui lui ressemble.

* *

A propos d'abcès cérébraux otitiques, il est généralement admis qu'ils se développent avec une préférence plus particulière dans les suppurations chroniques de la caisse que dans les affections aiguës, et qu'ils évoluent, parfois, d'une manière tout à fait latente pour ne se décèler qu'à l'occasion d'une éventuelle autopsie.

Ceci me conduit à vous parler d'un abcès cérébral qui suivit une infection aiguë et qui se développa, lentement et silencieusement, pendant l'évolution d'une autre infection endocrânienne précédente sur le point de guérir et déjà très grave en elle-même, jusqu'au jour où il se révéla par des symptômes soudains et tumultueux.

Un enfant de 2 ans, A. M., demeurant à Riva Ligure, fait une scarlatine, pas trop grave, qui guérit le 7^e jour, avec chute complète de la fièvre. Pendant la convalescence éclate une otite purulente à droite. Dix jours après le commencement de l'otite commence une mastoïdite, et quelques jours après le début de la mastoïdite on a déjà un vaste abcès supramastoïdien. Je vois l'enfant dans ces conditions le 21 mai 1907, et je l'accepte immédiatement dans notre Institut ophtalmique-otologique.

La malade a de la fièvre, qui oscille entre 37,5-38,2 C., une mine très souffrante, mais ne présente aucun signe appréciable de lésion sinusienne ou méningée. Incisé et vidé l'abcès sous-périostal je trouve corticale ramollie et une fistule au niveau de l'antré, déjà assez grande pour laisser passer la curette. A l'aide de quelques coups de curette j'aborde facilement toute la corticale, et vide l'antré du pus et des granulations qu'il contient. Après quoi du pus continue à couler, venant d'en haut, de la région du tegmen antri. J'agrandis la brèche osseuse vers le haut : le tegmen antri a disparu et sa place est occupée par une masse de granulations fongueuses, molles, que je commence à râcler très doucement dans l'espoir d'arriver vite au contact de la dure-mère ; mais la dure-mère aussi a disparu à ce niveau et, en continuant à racler avec toutes précautions, il sort, à un moment donné, encore du pus, cette fois mêlé à un liquide céphalo-rachidien. J'étais donc en présence d'un abcès intradural. Un léger tamponnement, point serré, de la cavité est fait ; j'appliquais le bandage.

Le liquide cérébrospinal coula pendant toute l'après-midi et toute la nuit suivante, en mouillant le bandage, qui dut être renouvelé dans la soirée, et l'oreiller.

En dépit de toutes les prévisions les plus pessimistes, la marche successive de la maladie prit une bonne tournure, et me donna l'illusion de pouvoir croire à la guérison de la malade. En effet, le 3 juin, 12 jours après l'opération la fièvre avait complètement disparu et la plaie commençait à granuler. L'appétit, revenu, se fit bientôt excellent, en permettant une nourriture abondante et substantielle : la malade engraisa rapidement et quitta le lit pour passer toute la journée au réfectoire, ou au jardin, à jouer, ou courir, avec d'autres enfants en traitement. Il n'y avait que le conduit auditif qui continuait à couler encore un peu.

Le 26 juin, c'est-à-dire 36 jours après l'opération et 24 jours après que toute trace de fièvre avait disparu, en voyant la petite malade toujours plus en train, rondelette et rosée, tandis que l'ouverture rétro-mastoïdienne allait en se remplissant, et en considérant que la courte distance qui sépare Riva de San-Remo aurait facilement permis à ses parents de me l'apporter, j'ai cru pouvoir renvoyer la malade chez elle en la confiant à la surveillance de son médecin. Les parents avertis vinrent de suite et restèrent avec l'enfant tout l'après-midi, ayant décidé de la prendre avec eux le lendemain. Or voilà que le soir le thermomètre monte à 38°. Pendant la nuit l'enfant vomit une fois et une autre fois le matin suivant. A l'heure de la visite sa tempéra-

ture est à 39° : l'infirmière me fait réfléchir sur la possibilité d'une indigestion en exprimant le doute que les parents de l'enfant lui aient fait manger, le soir précédent, des gâteaux, ou autre chose. Une dose de calomel la purgea abondamment sans, du reste, modifier en rien la situation. Le soir, 39,5 ; et le jour après on assiste à une première attaque de convulsions jacksoniennes à gauche, localisées à la face et à l'extrémité supérieure gauches avec déviation conjuguée des yeux vers la gauche. A ce premier accès suivit parésie du facial gauche et du bras gauche ; les attaques se répétèrent 2-3 fois encore pendant la nuit. Le lendemain, 29 juin, le bras gauche est complètement paralysé, et la jambe gauche parétique. Vis-à-vis de ces symptômes je diagnostique un abcès cérébral à droite qui fait compression sur la zone motrice, et décide immédiatement une seconde intervention. Je fais une radicale et démolis le temporal audessus du conduit auditif en mettant à découvert le lobe temporo-sphénoïdal dans lequel je découvre de suite un abcès, que j'ouvre en recueillant deux cuillerées à soupe environ de pus fétide ; après quoi je tamponne la cavité de l'abcès mollement avec de la gaze au vioforme.

Aussitôt l'abcès évacué les convulsions disparurent et le jour après la motilité était en grande partie revenue dans le bras gauche paralysé. Néanmoins les conditions de la malade empirèrent jusqu'au 6 juillet, lorsqu'elle mourut avec les symptômes de méningite diffuse.

L'intérêt de ce cas ne siège pas tant dans la succession de deux abcès dans des localités différentes, dont l'un dans les espaces arachnoïdiens et l'autre dans la substance cérébrale, si bien dans le fait que ces deux abcès furent séparés par un intervalle de 24 jours, pendant lequel non seulement la fièvre avait complètement cédé, non seulement avaient manqué ces signes qui accompagnent le développement d'un abcès cérébral même quand il se développe dans la façon, ainsi dite, latente, signes qui sont : la prostration du corps et de l'esprit, l'hébétude, la somnolence, l'amaigrissement, etc., mais on avait pu constater, au contraire, un crescendo de bien-être, de vivacité, de forces ; un semblant de résurrection plein de promesses tandis que se développait dans cet organisme une lésion mortelle.

*
**

Parmi les rares cas de pyohémie otitique qu'il m'a été donné d'observer, le suivant me semble pouvoir éveiller quelque intérêt à un double point de vue : d'un côté à cause de l'âge très tendre de la patiente ; de l'autre par le fait qu'il s'est agi de pyohémie sans trombose du sinus.

Le 12 février 1909 on me présente une petite enfant de Porto Maurizio qui offrait des conditions tellement graves que j'hésitai longuement avant de me décider pour une intervention quelconque, et je m'y décidai seulement après avoir formulé les plus grandes réserves. La malade n'avait que 7 mois.

La maladie avait commencé très brusquement par une otite moyenne purulente aiguë bilatérale, avec fièvre élevée et grande prostration. Peu de jours après le début de l'otite on avait noté rougeur et tuméfaction sur la mastoïde de droite, tandis que l'état général de la malade s'était sensiblement aggravé. Je la vis le troisième jour après le début de la mastoïdite et me fit l'impression d'un être qui s'achemine vers l'agonie : les parents m'assuraient que, pendant ces peu de jours de maladie, leur enfant avait tellement maigri et était devenue tellement épuisée à n'être plus reconnaissable. La fièvre avait le type nettement pyohémique et, à l'exception des oreilles, aucun autre organe n'était atteint.

Le lendemain, après lui avoir fait respirer à peine de chloroforme pour l'étourdir, je mis à nu la mastoïde droite. L'os présentait une couleur gris cendre avec des taches verdâtres et exhalait une odeur accentuée de nécrose. Brindel, de Bordeaux, décrivit, l'an passé, une forme particulière de mastoïdite propre de l'enfance, qu'il appela : *mastoïditis nigra*. Par analogie j'appellerais volontiers, la mastoïdite dont était atteinte ma petite malade, par le nom de *mastoïditis virida*.

Sur la corticale pas de fistule, mais toute la mastoïde était très friable et se laissa facilement démolir par la cuillère, le seul instrument qui suffit à toute l'opération. Pas une seule goutte de sang ne jaillissait de l'os que j'allais en démolissant ; c'était comme opérer sur le cadavre. Dans l'antre très peu de pus et beaucoup de granulations, molles et puantes. Vers le haut j'ai démolì jusqu'au tegmen et enlevé une partie de la paroi externe de l'aditus sans, cependant, faire une radicale complète préoccupé, comme j'étais, de finir vite l'opération d'autant plus que la malade, qui n'avait plus inhalé aucune goutte de chloroforme après les premières, ne réagissait nullement sous l'opération.

Postérieurement à la mastoïde la couche gris-verdâtre s'étendait aussi sur partie de l'écaïlle, ce qui m'amena à réséquer, toujours avec la cuillère, une partie aussi de cette surface. Le sinus transverse, mis au jour sur une petite étendue, apparaissait sain, de sorte que je n'ai pas cru d'intervenir sur lui.

L'opération produisit une amélioration immédiate et sensible sur la malade ; cependant la fièvre, quoique atténuée, persistait encore pendant les deux jours qui suivirent. Au troisième jour, avec une petite cuillère je raclai le canal de l'aditus jusqu'à la caisse, en retirant des granulations, ensuite j'y introduisis la canule de Hartman et je poussai dans la caisse, à travers l'aditus, une solution d'aniodol qui s'écoula à travers le conduit auditif en entraînant du pus assez fétide. A partir de ce moment la fièvre disparut.

Le 24 février se manifesta un abcès métastatique sur le dos du pied droit, abcès qui fut incisé et drainé. Le 27, un autre abcès à l'articulation du coude droit, et le 30 un troisième abcès à la plante du pied droit, tous les deux ouverts et drainés comme le premier. Pendant tout ce temps l'enfant reçut des frictions quotidiennes à la pommade de collargol.

La cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire fut plutôt longue ; on a dû activer le processus de guérison moyennant des cautérisations répétées de masses de granulations exubérantes et molles, au crayon. Du temporal s'éliminèrent successivement encore trois séquestres dont l'un assez gros : après cela la plaie se ferma rapidement. Actuellement l'enfant jouit d'une santé excellente.

*
**

Je passe maintenant, à l'histoire d'un malade qui démontre comme l'alcoolisme chronique, latent à l'état normal, peut donner lieu aussi dans l'otite purulente, d'autant plus compliquée, à des manifestations qui empiètent sur la symptomatologie des lésions auriculaires ; manifestations qu'il me semble utile d'avoir toujours présentes pour pouvoir leur donner la place qu'elles méritent par égard audiagnostique.

Le 28 novembre 1906 se présente et vient de suite accepté, à notre Institut Ophthalmique-Otologique, un jeune homme de 25 ans, N. L., de Dian Castello, porteur d'une otite purulente chronique gauche, maintenant réchauffée, à laquelle s'était ajoutée, depuis 3 ou 4 jours, une mastoïdite incipiente. Le patient a 38° de température et se plaint de douleurs très vives dans le côté gauche de la tête. Le tympan présente une perforation en arrière du manche du marteau, mais non marginale. Il n'y a pas de granulations dans la caisse, et le pus qui coule du conduit est peu abondant et point fétide. En dehors de ceci, aucun symptôme apparent de lésions endocrâniennes. Le soir la température monte à 39°. Pendant la nuit, grande agitation et subdélire. Le lendemain, j'incise le tympan de la marge inférieure de la perforation vers le bas, jusqu'à l'anneau tympanique, pour donner issue à des exsudats qui eussent pu être ramassés dans le fond de la caisse. Le soir la température remonte de nouveau à 39° et pendant la nuit le malade reste de nouveau sans sommeil, très agité ou en proie au délire.

Le 30 novembre un examen général très attentif me fait exclure, encore une fois, l'existence du moindre signe qui laisse supposer une complication possible du côté des méninges ou du cerveau ; l'examen du fond de l'œil ne révèle aucune anormalité. Pour être encore mieux renseigné je pratique une ponction lombaire, et je retire environ 5 c.c. de liquide très limpide, qui s'écoule sous pression normale.

Le 1^{er} décembre je fais une trépanation large de la mastoïde. Le sinus latéral, qui est situé très en avant vers le conduit auditif, vient d'être découvert déjà sous les premiers coups de ciseau, et se montre d'apparence normale et pulsant ; l'antre est plein de granulations que la curette enlève minutieusement. Le jour après cette intervention la température du malade est descendue à 37°3 mais, en dépit de cela, vers le soir le malade recommence à être agité et, pendant la nuit, a de nouveau du délire, crie que sa tête lui fait trop de mal, que le bandage est trop serré, et tente de se l'arracher ; il

faut une bonne dose de chloral avec du bromure pour le calmer. Le 3 décembre le patient est complètement apyrétique et le reste dans la suite. Ce jour-là, à la tante du malade, qui était venue le visiter, je demande à brûle-pourpoint : Boit-il votre neveu ? S'il boit, elle me répond et comment ! Je suis bien sûre qu'on ne lui en donne pas autant comme il en voudrait. En vérité, le malade avait été mis à la diète à laquelle nous mettons invariablement, deux jours avant l'opération et 6 à 7 jours après celle-ci, tous nos opérés, diète qui consiste en eau, lait, bouillon, potages, un ou deux jaunes d'œuf, avec à peine un tiers de verre de vin deux fois par jour, et il avait accepté cette diète de toute bonne grâce, sans broncher, et surtout sans trouver que la ration de vin était trop petite. J'ordonnai à l'infirmière de lui donner, le soir, après son potage, deux bons verres de vin ; la nuit qui suivit il dormit comme un ange, et il en fut de même les nuits suivantes avec le même système ; toute trace d'agitation et de délire avaient disparu comme par enchantement. J'ajouterai que déjà le lendemain de l'opération l'oreille ne coulait plus ; que la cavité mastoïdienne se remplit très rapidement de bonnes granulations, au point que le 24 décembre le malade put quitter l'Institut complètement guéri.

*
*
*

Pour finir, permettez-moi encore de parler d'une malade chez laquelle non pas l'alcoolisme, comme dans le cas précédent, mais bien l'hystérie fit son intromission dans la symptomatologie de lésions complexes, déjà très graves par elles-mêmes, en provoquant des manifestations qui me tinrent assez longtemps perplexe sur l'exactitude du diagnostic et de la meilleure voie à suivre dans l'intérêt de ma patiente.

Au commencement d'avril de l'an passé j'étais invité à voir en consultation une dame belge sur la cinquantaine, mariée, sans enfants, qui présentait une symptomatologie nerveuse d'origine otitique et, probablement, intracrânienne. L'anamnèse, brièvement résumée, disait ceci : Depuis 20 ans, otite moyenne purulente droite, jamais soignée ; depuis longtemps, bruits intenses dans l'oreille malade, maintenant disparus, et accès intercurrents de vertiges avec état nauséux. Le mari affirme que la malade a un caractère nerveux, excitable, parfois capricieux. A dater d'une quinzaine de jours les vertiges sont devenus si violents que la malade est obligée à garder le lit ; en outre, il s'installa une parésie du facial droit qui passa, en peu de jours, à l'état de paralysie complète des trois branches. A ces phénomènes s'ajoutèrent, depuis deux jours, des accès de convulsions, qui éclataient surtout vers le soir, et pendant la nuit, en s'accompagnant de vomissements.

Je trouve la patiente au lit, la tête enveloppée d'un châle et, surtout, plus encore que de sa maladie, préoccupée de l'altération de sa physionomie due à la paralysie faciale que le miroir lui révéla. Invitée à s'asseoir sur le lit, elle retombe de suite sur l'oreiller car lui vient

la nausée et « sa tête balance ». Il n'y a pas de nystagmus spontané, ni augmentation des réflexes, ni dermatographie, ni le moindre signe de rigidité de la nuque. Les pupilles sont égales et réagissent normalement ; le fond oculaire est également normal. La malade est plutôt apathique, parle avec difficulté, mais son intelligence ne semble pas altérée. La montre n'est perçue, à droite, ni par la voie aérienne ni par la voie osseuse ; il en est de même de la voix, aphone ou parlée. La montre, appliquée sur la mastoïde droite, et sur le front, est entendue dans l'oreille gauche. Les épreuves caloriques sont négatives à droite tandis qu'elles sont normales à gauche. La température est normale.

Du côté de l'oreille droite le tympan avec les osselets ont complètement disparu, la paroi labyrinthique de la caisse est tapissée de granulations et rugueuse ; dans le fond de la caisse, un peu de pus, très fétide ; la région mastoïdienne est absolument normale.

Tout cela me suffit, bien que les épreuves avec les diapasons que je n'avais pas pu faire fissent défaut n'ayant pris ces instruments avec moi, pour me faire admettre le diagnostic certain d'otite moyenne purulente droite avec carie de la paroi labyrinthique de la caisse et suppuration des cavités labyrinthiques. La question qui se posait maintenant était celle d'établir s'il y avait, en outre, quelque lésion endocrânienne.

L'état normal de la température, des phénomènes oculo-pupillaires, du fond oculaire, des réflexes, l'absence de phénomènes spasmodiques permettaient d'exclure, avec assurance, l'hypothèse d'une méningite, au point que je n'ai pas cru utile de faire une ponction lombaire. Mais je ne pouvais pas exclure avec la même assurance la présence d'un abcès soit sus-dural, soit cérébelleux ou cérébral, en tenant compte de la profondeur des lésions dans le rocher, dûment constatées, et des accès de convulsions qui tourmentaient la malade. Malheureusement ni moi qui avais visité la patiente plusieurs fois à son domicile, ni le confrère qui la soignait nous n'avions pu assister une seule fois à ces accès auxquels assistaient seulement le mari et la domestique, ni établir s'ils étaient jacksoniens ou généraux ; néanmoins la description que nous en firent ses familiers et, après, la sœur infirmière de notre Institut, ne nous laissa le moindre doute qu'il s'agissait de convulsions véritables. Le caractère nerveux de la patiente, l'absence de stase papillaire, de parésies croisées, d'hémispasmes, etc., ainsi que le fait qu'elle montrait plus de préoccupation de l'asymétrie des lignes de sa physionomie que de la cause qui l'avait produite, et encore d'avoir des convulsions à des heures presque fixes nous firent bien supposer que ces convulsions, au lieu de traduire une irritation des centres moteurs corticaux, dussent être interprétées comme une manifestation hystérique ; d'un autre côté il y avait lieu de se demander pourquoi la malade qui, d'après les affirmations de son médecin, n'avait jamais présenté des symptômes d'hystérie ni jamais souffert de convulsions hystériques durant toute sa vie, vint à en souffrir précisément au moment où un

processus otitique grave était en évolution. Au surplus, la recherche d'autres stigmates hystériques avait donné des résultats négatifs. Donc si je pouvais avoir, d'un côté, l'espoir de me trouver en présence d'une hystérique, il m'en manquait, de l'autre, la certitude. Dans cette alternative, et en tenant compte surtout des pièges innombrables sous lesquels se cachent, si souvent, les abcès encéphaliques, je proposai de faire, d'abord, un évidemment radical des cavités de l'oreille moyenne, en demandant main libre pour des interventions ultérieures, si nécessaires.

La malade fut transportée à notre Institut où je fis l'évidement le 12 avril. L'opération dura presque deux heures, et je dus littéralement la sculpter dans un os dépourvu de cellules, compact et très dur, à l'aide du seul ciseau sans pouvoir me servir un seul moment ni de la pince ostéotome ni de la curette. L'antrum, situé très profondément, était petit et ne contenait que quelques granulations. A un moment donné, sans le vouloir, il m'arriva de faire sauter le tegmen auris et de mettre à nu la dure-mère, qui apparut de coloration normale et pulsante : un stylet mousse introduit entre la dure-mère et l'os, suivant deux ou trois directions, à 2-3 cm. de profondeur, ne donna pas issue à la moindre goutte de pus.

L'évidement terminé, en voyant la malade très déprimée à cause de la longue durée de l'opération, je tamponnai la cavité, à travers la plaie rétro-auriculaire et le conduit auditif, avec de la gaze au vioforme et appliquai le bandage.

Après cette opération la malade n'eut plus ni vomissements ni convulsions, mais resta toujours en proie à des accès de nervosisme autant pendant le jour que pendant la nuit. Ces accès commençaient par une sensation de froid aux extrémités, bientôt suivie de bouffées de chaleur à la tête, avec obnubilations et crises d'agitation. Trois jours après, sous chloroforme, j'ôtai les tampons et explorai la caisse. Tous les osselets, comme il a déjà été dit, avaient disparu, y compris la platine de l'étrier. La fenêtre ovale était transformée en un trou rond fermé par des granulations ; après les avoir enlevées, du pus s'écoula de la cavité du vestibule. Avec une petite curette je pénétrai dans la cavité vestibulaire et je la raclai, en retirant encore des granulations. Vers le haut, la carie avait atteint la portion horizontale de l'aqueduc de Fallope et on pouvait voir, après le raclage, une petite portion du facial à nu. Je badigeonnai la caisse et la cavité vestibulaire, largement ouverte, avec de la teinture d'iode, et je tamponnai à nouveau. Au cours de ces interventions, la température de la malade ne dépassa jamais 37°.

Plusieurs jours s'écoulèrent, pendant lesquels les conditions de la malade subirent une amélioration très sensible. Une nuit je fus appelé d'urgence auprès d'elle car, au milieu d'une crise différente des autres, elle s'était mise à dire des choses incohérentes, criait à haute voix, se débattait, avait défait son pansement, voulait s'enfuir, et ses infirmières étaient impuissantes à la tenir. J'accourus, et je la trouvai en proie à un accès hystérique typique.

Le 26 mai, toute trace d'agitation avait disparu et déjà presque totalement la paralysie faciale ; comme la malade n'accusait plus de vertiges je la fis lever, et je pus constater qu'elle pouvait marcher sans trop chanceler comme elle faisait auparavant. Je me sens bien, disait-elle, et je me croirais tout à fait guérie si ce n'était ma tête qui de temps à autre encore « balance ». En attendant, comme des interventions ultérieures ne me semblaient plus nécessaires, j'avais fermé la plaie rétro-auriculaire, en continuant les pansements à travers le conduit auditif.

En juillet la cavité était complètement revêtue d'épiderme. Les épreuves acoustiques, répétées à cette époque, avec la montre, la voix et les diapasons, ainsi que les épreuves caloriques confirmèrent l'abolition absolue de la fonction du labyrinthe droit. En novembre la cicatrice se réouvrit au niveau de la fenêtre ovale ; avec une petite curette, introduite dans la cavité vestibulaire, je raclai encore quelques granulations, ensuite je badigeonnai, pendant deux semaines, la cavité avec de la teinture d'iode en y introduisant, après, une mince lanière de gaze, après quoi la plaie se referma pour ne jamais plus se rouvrir. Actuellement la patiente est complètement guérie ; le facial a repris sa position intégrale ; il n'y a plus de vertiges, reste seulement la surdité absolue de l'oreille droite.

*
* *

Si je n'avais pas la conscience d'avoir trop longuement abusé de votre bienveillance je m'entretiendrais encore avec vous sur une petite série de cas d'abcès extraduraux et péri-sinusaux, observés à courte distance l'un de l'autre, comme complications d'otites purulentes, *toujours aiguës*, suites, presque toutes, d'influenza. Pour ceux d'entre vous qui pratiquent dans les grandes villes, centre d'attraction de malades, observer de ces abcès en série peut n'avoir qu'une signification médiocre ; pour moi, qui travaille dans un centre petit et qui n'observe ordinairement de ces cas que très espacés l'un de l'autre, cela en a une, que des recherches microscopiques, bactériologiques et de cultures pourraient peut-être expliquer. Je me bornerai seulement à en faire mention pour vous dire que, dans le traitement des abcès en question, j'ai modifié, ou mieux, simplifié la technique opératoire en l'ayant limitée à désinfecter soigneusement et à traiter chirurgicalement la lésion initiale — dans la caisse et la mastoïde — sans plus faire, comme auparavant, ni raclages ni attouchements avec chlorure de zinc, iode ou d'autres antiseptiques, des cavités de l'abcès, ni non plus de drainage proprement dit des cavités susdites, en me contentant d'établir l'écoulement libre du pus. Je me suis bien trouvé de cette pratique car tous ces malades ont guéri, et dans un temps plus court qu'autrefois.

LE « 914 » EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE¹.Par **Ricardo BOTEY** (de Barcelone).

Il y a trois mois à peine que je traite mes malades avec ce nouveau produit.

La nouvelle drogue qui porte le n° 914 dans la série des produits spirillicides étudiés par Ehrlich, appelée aussi néosalvarsan, est aussi une poudre jaune comme le salvarsan, avec la différence de sa complète et facile solubilité dans l'eau, la solution obtenue étant complètement neutre sans la soude, ce qui constitue un progrès considérable, car beaucoup des phénomènes désagréables qui accompagnaient l'usage du salvarsan devaient être mis sur le compte de la lessive de soude.

Le salvarsan contient 31 p. $\%$ d'arsenic et le néosalvarsan 21 p. $\%$; on peut employer ce dernier à doses moitié plus fortes.

Pour Schreiber on peut injecter chez l'homme 1 gr. 50 et 1 gr. 20 chez la femme de néosalvarsan. Les injections en nombre de quatre sont faites tous les deux jours en augmentant la dose progressivement : 0,90 ; 1,20 ; 1,35 ; et 1,50 gramme.

Notre technique. — Nous utilisons pour l'injection intraveineuse une solution de néosalvarsan au centième dans l'eau distillée stérilisée froide. Nous dissolvons ainsi p. ex. 60 centigrammes du médicament dans 60 grammes d'eau. De la sorte nous évitons les injections massives de 300 grammes de liquide. Notre solution est ainsi bien plus tôt passée dans le torrent circulatoire et sa préparation est plus simple et rapide.

Comme Schreiber nous procédons par série de 3 ou 4 injections, en augmentant progressivement la dose, mais malgré que le néosalvarsan s'élimine plus rapidement que le salvarsan nous mettons, au lieu de 2 jours, un intervalle de huit jours entre chaque injection pour donner le temps à cette élimination de l'arsenic, car dans la discussion qui eut lieu en mars dernier à la Société Autrichienne d'otologie, l'arsenic était encore présent dans l'urine deux jours après une injection de salvarsan (Beck).

Nos doses sont aussi bien plus faibles que celles conseillées par Schreiber ; nos injections sont de 40, 50, 60 et 70 centi-

1. Communication au IV^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie. Bilbao, 26-29 août 1912.

grammes de néosalvarsan. De cette façon elles guérissent mieux que l'ancienne injection unique, parce qu'elles évitent les récidives.

Pour l'injection intra-musculaire nous utilisons une solution plus faible, une solution au 4 p. $\frac{0}{0}$, en introduisant au préalable 2 ou 3 centimètres cubiques de novocaïne au centième. Ces injections sont assez douloureuses, malgré que nous n'introduisions jamais plus de 5 à 6 grammes de liquide par injection.

Résultats obtenus. — Le pouvoir curatif du néosalvarsan en otorhino-laryngologie est très ressemblant à celui du salvarsan. Les lésions secondaires de la bouche et du pharynx disparaissent, avec le néosalvarsan en 2 ou 3 jours. Les manifestations tertiaires des fosses nasales guérissent en très peu de temps.

Je vais, pour éviter des redites, me circonscrire à vous relater cinq cas de syphilis du labyrinthe que j'ai traités par le 914.

OBSERVATION I. — Joseph G..., 39 ans. 29 juin 1912. Chancre il y a 9 mois. Surdité forte depuis deux mois : une injection intraveineuse de salvarsan de 30 centigrammes n'améliore pas l'ouïe.

Voix chuchotée n'est pas perçue. La voix haute à 20 cent. à droite et à 10 cent. à gauche. Epreuves de rotation et calorique négatives. Réaction de W. positive.

Quatre injections intraveineuses de 50, 60, 70 et 80 centigrammes de néosalvarsan à huit jours d'intervalle font merveille. Le 2 août ce malade entend la voix haute à 6 mètres à droite et à 8 mètres à gauche.

Ce cas ne démontre pas que le néosalvarsan soit plus efficace que le salvarsan : à mon avis, le résultat obtenu prouve que le néosalvarsan à doses suffisantes agit quand le 606 fléchit. En outre il prouve aussi que les injections en série guérissent mieux parce qu'elles évitent les récidives.

OBSERVATION II. — François C..., de Valls, 24 ans. 10 mai 1912. Chancre il y a 14 mois. Surdité légère de l'oreille droite (otite adhésive) depuis l'âge de 18 ans. Surdité accentuée des deux oreilles depuis cinq semaines. W. positive. Montre o. d. = contact ; o. g. = 0. N'entend pas la voix chuchotée. Voix haute à 15 cm et à 18 cm.

2 juin. — Injection de 45 centigr. de salvarsan ; le 15 juin le malade entendait la voix haute à 5 m. à droite et à 4 m. à gauche.

Après une injection intra-musculaire et de deux injections intraveineuses de néosalvarsan le 15, 21 et 31 juillet la voix haute est entendue à 9 mètres des deux côtés.

OBSERVATION III. — *Hérédo-syphilis tardive*. Joséphine D..., 43 ans. N'entend pas du tout depuis 7 mois. Le 4 mai j'aperçois des traces de kératite interstitielle diffuse, des érosions dentaires. Infantilisme,

crâne matiforme, Syphilis chez le père, Trois avortements. Surdité absolue sans troubles de l  quilibre. Tympan normaux. Injection de 40 centigrammes. de salvarsan ; puis de 50 et de 60 centigrammes de néosalvarsan. Résultat nul.

OBSERVATION IV. — *Hérédo-syphilis de l'adulte*. — Joseph M   M. . . , 23 ans. 24 juin 1912. Sa mère a eut 14 enfants, 4 avortements et 5 succomb  s en bas âge. Deux frères vivants. Il commença à marcher à 19 mois. A 7 mois hydrocéphalie. Dents d'Hutchinson ; atrophie de plusieurs couronnes. Kératite typique il y a 3 ans. Hyperostoses tibiales.

Traité au dispensaire municipal et dans deux cliniques par le cathétérisme. Surdité brusque de l'oreille droite il y a 7 mois et il y a 3 mois surdité de la gauche. Pas de traitement spécifique. W. . . . Surdité bilatérale absolue sans vertiges.

26 juillet. Injection intramusculaire de 40 centigrammes de salvarsan.

3 août. Injection intraveineuse de 60 centigrammes de néosalvarsan.

10 août. Injection de 80 centigrammes de néosalvarsan.

L'audition de l'oreille gauche plus récemment sourde est améliorée, le malade entend la voix haute à 2 mètres. L'oreille droite continue à être absolument sourde.

OBSERVATION V. — Jean C. . . , 22 ans, musicien. 4 octobre 1911. Chancre une année en arrière. Surdité forte depuis deux mois et demi. Traité à la clinique de la Faculté de Médecine, la surdité apparut huit jours après une injection intraveineuse de salvarsan.

Injection de 45 centigrammes de salvarsan et administration iodure de potassium et de mercure pendant plusieurs semaines. La voix chuchotée est entendue    1 centimètre de l'oreille droite et pas entendue de la gauche. La v  ix haute est entendue par l'oreille droite à 60 centimètres. Les épreuves de rotation et caloriques sont négatives.

15 juillet 1912. Je revois ce malade. Deux injections intraveineuses de 60 et 80 centigrammes de néosalvarsan sans la moindre amélioration de la surdité

Réflexions. — Chez le patient de l'observation II l'audition s'améliora avec l'emploi des doses progressivement croissantes de néosalvarsan parce qu'il s'agissait d'une syphilis récente.

Chez le malade de l'observation III, tout fut inutile ; les injections furent appliquées trop tard ; la même chose arriva avec le malade de l'observation V, et partiellement avec celui de l'hérédo-syphilis de l'adulte (observation IV).

Les autres malades s'améliorèrent de l'audition, chez l'un l'amélioration de l'ou   fut notable, mais aucun des malades ne put guérir complètement.

Je n'ai pas observé d'érythèmes chez mes malades après les

injections et les réactions thermiques ont été moindres avec le néosalvarsan, probablement à cause de l'absence de la soude et de la plus faible quantité de liquide injecté. Ces réactions étaient moindres à chaque nouvelle injection.

Le sérum physiologique n'est pas nécessaire avec le néosalvarsan. Les solutions à 1 p. $\frac{0}{0}$ sont en réalité hypotoniques et, partant, déterminent une légère hémolyse, malgré qu'elles soient précédées et suivies de l'injection d'un peu de sérum à 2 p. $\frac{0}{0}$. Néanmoins, comme la solution se répand rapidement dans le sang, il n'y a rien à craindre.

Conclusions. — 1° Le néosalvarsan est plus soluble que le salvarsan et sa réaction est complètement neutre;

2° Le 914 à poids égal d'arsenic est au moins aussi efficace que le 606 dans le traitement de la syphilis des premières voies et de l'oreille interne;

3° L'emploi de néosalvarsan est plus commode que celui du salvarsan, parce que les solutions se font avec l'eau distillée froide et les injections intraveineuses exigent moins de temps;

4° Le 914 ne se prête pas mieux que le 606 aux injections intramusculaires, puisque s'il est vrai que sa préparation soit plus facile, ces injections sont aussi douloureuses que celles de salvarsan;

5° Le néosalvarsan est mieux supporté que le salvarsan et son efficacité est plus grande si on l'injecte en série de 3 ou 4, à doses progressivement croissantes et à huit jours d'intervalle;

6° Le néosalvarsan comme le salvarsan ne guérit ou n'améliore que la syphilis récente du labyrinthe. Au bout de trois mois, la surdité syphilitique est incurable;

7° Le néosalvarsan, de la même façon que le salvarsan, est plus efficace que le mercure, l'iodure de potassium et la pylocarpine pour guérir ou améliorer la syphilis du labyrinthe;

8° Il est convenable d'associer la cure mercurielle et d'iodure et même celle de pilocarpine aux injections de néosalvarsan.

DEUX CAS DE LARYNGO-PHARYNGO-OESOPHAGECTOMIE.

- I. Laryngectomie totale, pharyngectomie et œsophagectomie en un temps pour cancer avec ablation de volumineuses métastases ganglionnaires. — Guérison au bout de huit jours. — Présentation du malade et des organes.
- II. Malade de 71 ans guéri depuis 2 ans, après une pharyngo-laryngectomie en un temps pour cancer avec dissection d'un gros paquet ganglionnaire carotidien. — Présentation du malade après la pharyngo-plastique ¹.

Par **Louis VAN DEN WILDENBERG** (d'Anvers).

A notre connaissance c'est la première fois que ces opérations ont été pratiquées avec succès en Belgique.

Czerny fit le premier cette opération ; von Hacker a fait dans un long travail très documenté l'histoire de cette opération et parvint à rassembler en 1908 25 cas. Ceux-ci avaient donné une mortalité de 48 %. Les survivants avaient, à l'exception d'un seul, récidivé promptement.

Gluck a pu, dans un grand nombre de ces opérations, grâce à des méthodes personnelles idéales, réduire cette mortalité à 8 % et si la plupart de ses malades ont récidivé, ce n'est qu'au bout d'un temps assez long. D'autres sont restés guéris.

Nous-même nous pouvons vous montrer un malade de 71 ans, pharyngo-laryngectomisé depuis 2 ans, avec formation d'un pharynx cutané fonctionnant comme le pharynx normal. Vous pouvez constater qu'il est dans un état de santé brillant et qu'il ne présente pas traces de récidive (voir photographies 3 et 4).

Nous vous présentons un malade de 56 ans (voir photographies b, 1, 2), qui est venu nous consulter au commencement du mois d'avril. Les premiers jours du mois de novembre 1911, il a ressenti de vives douleurs dans la gorge. Une violente dysphagie le tourmentait et l'empêchait de manger. Il avait des insomnies et des forts accès de toux. A cette époque le malade a senti une tumeur au niveau de la région carotidienne droite. Ces symptômes s'étaient progressivement accentués et quelque cinq mois après ce malade est venu nous consulter sur le conseil de notre estimé collègue le Dr Van Turnhout. Le malade avait fortement maigri. A peine parvenait-il à déglutir et avec de terribles douleurs quelques gouttes

1. Congrès annuel de la société d'oto-rhino-laryngologie (présentation de malade, juillet 1912).

de liquide. La toux était incessante et surtout intense la nuit, l'empêchant de dormir.

A l'examen on sentait un paquet ganglionnaire gros comme un poing, d'une dureté ligueuse dans la région carotidienne droite en haut et au niveau du triangle pharyngo-maxillaire. L'examen laryngoscopique et l'hypopharyngoscopie nous montraient un cancer typique intéressant la paroi postérieure du larynx et les parois du pharynx.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué par le Dr Steinhaus, de Bruxelles, a démontré la nature nettement cancéreuse de la tumeur.

Le malade avait une bronchite.

Avant l'opération d'un cancer de l'œsophage il est très utile de connaître l'extension de cette tumeur vers le bas. Si cette tumeur s'étend en bas dans la cage thoracique jusqu'en dessous du médiastin postérieur, la tumeur sera inopérable. Nous sommes arrivés à déterminer assez exactement la limite inférieure de la tumeur grâce à l'œsophagoscopie pratiquée avec un œsophagoscope de calibre très fin.

Voici quelques détails de l'opération *que nous avons pratiquée en un temps, sous chloroforme.*

Incision médiane de la peau depuis l'os hyoïde jusqu'à la fossette sus-sternale, puis deux incisions transversales d'un sterno-mastoïdien, à l'autre au niveau des extrémités de cette incision médiane. Dissection très difficile d'un volumineux paquet ganglionnaire à droite, se prolongeant dans le Δ pharyngo-maxillaire. La tumeur était intimement adhérente en haut à la carotide externe et la jugulaire en bas au nerf X. Nous avons eu beaucoup de difficultés pour ne pas léser ces organes. Après nous avons mobilisé le larynx et le pharynx et nous nous sommes assuré de la limite inférieure de la tumeur qui intéressait l'œsophage jusque dans le médiastin postérieur. Nous plaçons une compresse dans le médiastin.

Incision de la membrane thyro-hyoïdienne, incision du pharynx à 2 centimètres au-dessus de la tumeur qui, comme on peut le voir sur la pièce, s'étendait très haut. Nous détachons le larynx et le pharynx de la colonne vertébrale et nous isolons l'œsophage de la trachée. Incision de la trachée au niveau du deuxième anneau trachéal, puis nous attirons l'œsophage en haut. Pour atteindre la limite inférieure nous incisons cet organe très bas et nous le fixons à une sonde. La trachée est fixée à la peau pratiquant une véritable stomie trachéale. Les deux lambeaux de peau sont suturés sur l'aponévrose vertébrale et réunis sur la ligne médiane. En bas les bords inférieurs sont suturés au pourtour supérieur de la trachée et l'œsophage est suturé au-dessus entre les lèvres de la partie inférieure médiane de la peau faisant une véritable stomie œsophagienne.

Le résultat de cette opération est nettement visible sur la photographie 1.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Le lendemain le malade ne toussait plus, ne souffrait plus et accusait un grand bien-

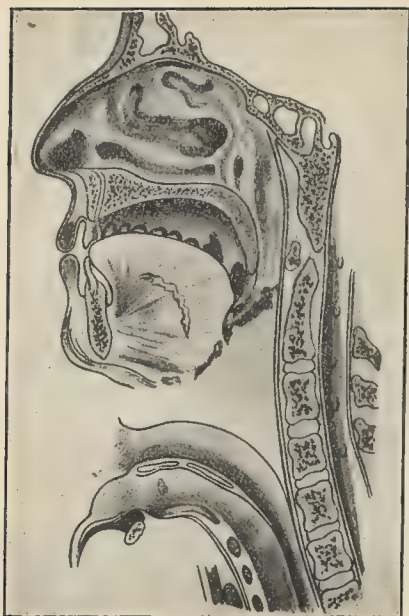


Photo a) La laryngo-pharyngo-œsophagectomie.



Photo b) Malade trois semaines après cette opération avec plaie opératoire guérie.



Photo 1. — Malade après guérison de la plaie opératoire (3 semaines après l'opération).



Photo 2. — Même malade avec l'entonnoir œsophagien de Glück.

LARYNGO-PHARYNGECTOMIE



Photo 3. — Autre malade de 71 ans, après la guérison de la pharyngo-plastie suivant la méthode décrite plus haut.



Photo 4. — Ce même malade deux ans après l'opération.

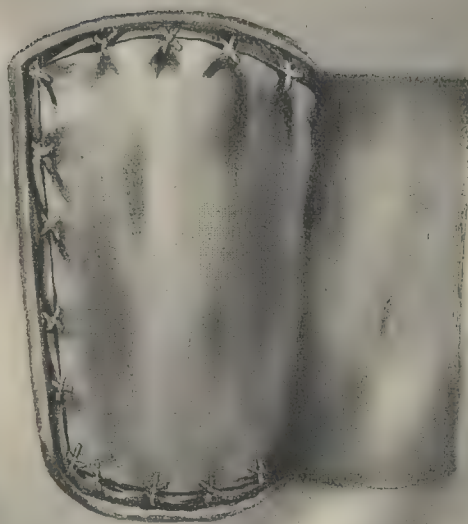


Photo c) La pharyngo-oesophago-plastique : lambeau cutané du cou à appliquer sur les surfaces cruentées (Glück).

être. L'alimentation très variée par la sonde venait enfin soulager la faim et la soif atroces dont il avait souffert depuis quinze jours.

Le surlendemain le malade se levait pendant quelques heures. Quelque huit jours après l'opération il est allé faire une longue promenade au parc d'Anvers.

Quinze jours après nous avons commencé l'alimentation avec l'entonnoir en caoutchouc de Glück ¹. J'ai fait l'année passée sur le malade de 71 ans la démonstration de cette alimentation à la Société belge de laryngologie. Cette alimentation ne diffère en rien de l'alimentation naturelle. Le malade peut mâcher, goûter, saliver et avaler ses aliments comme à l'état normal.

Quel sera le sort de ce malade ?

Nous l'ignorons. Mais voici la marche que je compte suivre *toute analogue d'ailleurs à celle que j'ai suivie chez ce septuagénaire avec un succès complet* (voir photos 3 et 4).

Il faut attendre 3 à 6 mois avant de faire un pharynx et un œsophage en peau qui permettra au malade de se passer de la prothèse pharyngée.

Ce temps est nécessaire pour redonner à la peau sa vitalité et pour surveiller le malade par rapport à une récurrence éventuelle qui rendrait toute tentative de reconstitution du pharynx illusoire.

Le pharynx cutané aura pour paroi postérieure la peau sur la colonne vertébrale. On tracera un lambeau rectangulaire (voir fig. c quel'on retournera en dedans (surface cutanée en dedans). On empruntera un autre lambeau rectangulaire en haut au niveau de la région sous-maxillaire et qui viendra s'appliquer par sa face cruentée à la surface cruentée du nouveau lambeau pharyngien, de la sorte on obtient un pharynx et œsophage cutanés.

Le malade peut se passer d'une canule trachéale; il peut cacher son infirmité par un col (voir fig. 4).

Quant à la parole, chez les malades qui se donnent de la peine, surtout quand ils sont jeunes, ils peuvent, après une période d'éducation de la parole plus ou moins longue, arriver à parler d'une façon intelligible et quelquefois même avoir une parole qui ressemble à s'y méprendre à la parole normale.

1. Voir *Bulletin de la société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*, 16 juillet 1911. Van den Wildenberg : Démonstration d'un malade avec entonnoir en caoutchouc remplaçant le pharynx.

RÉÉDUCATION AUDITIVE ET MESURE DE L'AUDITION

Par **G. de PARREL**

Chef de Clinique Adjoint aux Sourds-Muets (de Paris.)

La rééducation auditive doit être l'objet de toute la sollicitude des otologistes, car si vraiment elle leur fournit de nouvelles armes contre la surdité résultant d'otites chroniques moyennes et internes, elle doit sans plus tarder occuper une place prépondérante dans la thérapeutique auriculaire. Nous pensons donc qu'il est urgent de fournir un effort collectif d'expérimentation des méthodes actuelles de rééducation et d'arriver le plus rapidement possible à une certitude sur leur valeur en général et sur la valeur de chacune d'elles en particulier. Cette enquête doit être faite sans délai et sans parti pris ; tous nous devons y participer.

*
* *

Je crois que beaucoup d'entre nous sont d'accord pour éliminer du champ d'expérience les méthodes qui s'appuient sur l'usage des diapasons, des sirènes ou de l'accordéon, car il semble bien que les résultats obtenus sont dans les trois cas limités aux seuls instrument employés. Or la rééducation n'a pas d'autre but que de permettre aux sourds d'entendre à nouveau la voix parlée, c'est-à-dire de vivre d'une existence normale et de garder le contact avec leurs semblables.

D'autre part on ne peut songer à se servir de la voix pour rééduquer l'oreille. Aucun expérimentateur ne saurait avoir la résistance vocale suffisante pour supporter une telle fatigue ; la pratique des professeurs d'écoles de sourds-muets l'a suffisamment démontré ; il est aussi impraticable d'avoir recours à un arsenal de voix de tous genres ; il faudrait avoir à sa disposition un chœur avec soprani, barytons, ténors et basses !

Le mieux est donc de faire usage d'appareils qui reproduisent avec le plus d'exactitude les sons de la voix humaine, c'est-à-dire d'une part les phonographes et leurs dérivés, d'autre part les électrophones ou appareils électriques producteurs de sons se rapprochant le plus possible de ceux de la voix humaine.

A notre avis le phonographe a l'inconvénient d'inscrire une parole anormalement émise et de l'inscrire infidèlement, car à côté de la parole se trouvent marquées une quantité innombrable de vibrations propres aux parties mécaniques de l'appareil (porte-voix, tube, capsule, stylet, etc.).

L'inscription étant fausse, les erreurs provenant des parties solides de l'instrument sont doublées pendant la reproduction des sons anormalement émis. De là ce timbre nasillard et criard qu'on a su diminuer dans ces derniers temps, mais qu'on ne pourra sans doute jamais supprimer tant que la parole sera conduite au disque par des intermédiaires solides, qui rendent inévitable la production d'harmoniques aigus et suraigus.

Ajoutons qu'on ne peut faire varier à volonté ni la hauteur, ni le timbre, ni l'intensité des sons produits et que, par conséquent, il est impossible de faire la rééducation sous forme d'exercices et de soumettre l'oreille, suivant les conseils d'Urbant-schitsch, à une véritable gymnastique.

Pour toutes ces raisons nous pensons que le phonographe n'est pas l'appareil rééducateur par excellence, et nous accordons en tout cas plus de valeur aux instruments électriques qui peuvent produire des sons s'étendant de la première à la cinquième octave en passant non seulement par tous les tons et demi-tons, mais par toutes les vibrations entre 100 et 3500 environ ; et cela avec une régularité absolue et une intensité constante dans tous les registres et cependant variables suivant les besoins de chaque oreille à rééduquer. On a ainsi toute facilité de varier à l'infini les exercices acoustiques, de passer d'un registre à l'autre sans interruption et sans heurts, de faire travailler successivement chaque oreille en laissant l'autre se reposer. L'appareil électrophonoïde Zünd-Burguet remplit ces conditions et a de plus l'avantage d'obtenir une excitation dosée de la sensibilité tactile du tractus auditif qui remplit le rôle d'un massage vibratoire moléculaire, d'où hyperémie des tissus, rétablissement de la circulation, hypernutrition, modification du processus scléreux.

*
* *

J'ai entrepris de faire une expérience prolongée de rééducation auditive par la méthode électro-phonoïde sur des malades choisis d'un commun accord avec des collègues et examinés avec le plus grand soin. Je dois dire que j'ai pu consulter les nombreuses observations recueillies par mon confrère et ami le Docteur Richez, observations en cours de publication, et que cette lecture m'a édifié sur l'incontestable valeur de ce nouveau procédé thérapeutique. Personnellement j'ai constaté chez de nombreux malades des améliorations remarquables, surtout dans la sclérose progressive juvénile.

Une grande difficulté s'oppose néanmoins à affirmer ces améliorations et ces guérisons, tant que nous ne posséderons pas le

moyen de mesurer avec plus d'exactitude l'audition de la voix haute et chuchotée.

L'acoumétrie basée sur la perception de la montre, du diapason, du sifflet ou des sirènes n'a qu'une valeur théorique et ne représente que le degré d'audition pour chacun de ces appareils en particulier.

Dans le cas présent elle est donc à peu près inutile.

Quelle est la valeur de la mesure de l'audition par la voix ?

On ne peut mesurer une quantité qu'en la comparant à une quantité de même espèce prise pour unité. « Pour mesurer l'intensité d'un son de timbre déterminé, il faudrait prendre pour unité un son de timbre identique. Or la voix parlée est une musique où les sons variant peu de hauteur, se distinguent par des timbres différents (voyelles), et au moyen du rythme manifesté par les variations d'intensité, se succédant avec une grande rapidité. Il suit de là qu'une phonométrie est irréalisable et qu'on ne trouvera pas d'unité sonore en fonction de laquelle on mesurerait l'audibilité des sons de la voix parlée, comme on mesure en bougies l'intensité d'une source lumineuse (photométrie). Nous devons prendre notre parti de l'impossibilité d'établir en acoustique une unité de mesure semblable à la bougie métrique en optique. » (Guérault.)

Pour cela il faudrait arriver à capter toutes les voies humaines et à créer ensuite une voix type, réglable à toutes les hauteurs, à toutes les intensités, et à tous les timbres. Mais c'est là un espoir vain, nous devons seulement chercher à régler notre examen acoumétrique de façon à éviter le plus possible les causes d'erreurs, en nous soumettant à des règles scientifiquement établies, c'est-à-dire conformes aux lois de la phonétique et de l'acoustique.

Une autre condition nécessaire est de nous entendre sur la marche à suivre dans l'examen de l'audibilité à la voix haute et chuchotée. Si nous ne tombons pas d'accord sur la mesure de l'audition avant la rééducation, il nous sera absolument impossible d'évaluer les résultats obtenus après le traitement.

Quels sont les principes scientifiques qui peuvent servir de base à l'établissement d'une méthode acoumétrique par la voix haute et chuchotée ?

Ce sont les suivants :

1^o Le facteur *distance* n'est pas le seul qui entre en ligne de compte, il faut y ajouter la notion de *profondeur*. Entre ces deux termes la différence peut s'exprimer pratiquement par « entendre » et « entendre distinctement ».

Un malade entend qu'on lui parle, saisit des syllabes, mais ne perçoit pas tout ce qu'on lui dit, c'est la *distance de l'audition*. Le même malade ne perd pas un mot ni une syllabe et cela sans qu'il y ait substitution intellectuelle, c'est la *profondeur de l'audition*.

2° La limite de la profondeur de l'audition correspond au point où entrent en scène la mémoire, l'association des idées et le travail mental.

Si on prononce le mot « habitation » le sourd s'oriente immédiatement vers la notion maison et tient tout prêts les noms des parties constitutives de l'habitation. Si au contraire après avoir dit « un appartement se compose de trois pièces » l'expérimentateur énonce : « un chapeau haut de forme, une salle à manger et un canapé », souvent le sujet substitue « salon, salle à manger et chambre ». S'il répète la phrase énoncée, c'est qu'il entend réellement et distinctement sans le secours de la substitution intellectuelle.

3° L'examen de l'audition doit être basé sur la *transformation progressive des consonances en allant du simple au composé*.

L'expérimentateur doit donc suivre la marche suivante : éléments phoniques simples ; mots monosyllabiques, ex. : fa, fou, la, lou, lo, mi, ti, si, qui, ri, ra, so, se, ca, co, cou, etc. Mots bisyllabiques, trisyllabiques et polysyllabiques ; groupes de mots artificiels, phrases spéciales et enfin texte inconnu du sujet.

Le mieux est d'employer des mots « isophones », c'est-à-dire de même constitution phonétique et dont un seul élément varie pendant que les autres restent constants. De tels mots évitent la substitution intellectuelle et le sujet ne peut deviner l'élément qui varie. Ex : tacher, facher, sacher, cacher, pacher ; ou toucher, foucher, soucher, coucher, loucher ; ou Paris, chari, pourri, souris, touris ; ou passer, lacer, tousser, fousser, casser ou ; parrain, terrain, marin, serin, Perrin ; ou assiette, barrette, charrette, rilette, fauvette, etc.

Il faut naturellement intercaler des mots artificiels dans les séries et pour les mots polysyllabiques faire varier beaucoup le nombre des syllabes ; ex. : abracadabrant, louparité, familiarisation, basidago, caractéristique, rabadan, lycopode, faradoux, grabuge, Hérodiade, lansquenet, incendie, etc.

Fragments de phrases. — Ex. : Ta timidité te détourne de ton droit chemin. — L'égoïste sans égard est guidé par le gain. — L'exilé examine l'exiguïté de sa case. — Ces trois toits noirs, etc.

Il va sans dire qu'un tel examen est long, surtout si l'on prend les mesures après chaque épreuve. En réalité avec l'habitude on fait des sondages tout à fait caractéristiques qui vous amènent rapidement tout près du point-limite de l'audition réelle, ce point correspond pratiquement à la moyenne entre les distances mesurées dans chacun des exercices précédents.

La mesure se prend du pavillon de l'oreille du sujet au menton de l'expérimentateur.

Est-il besoin d'ajouter que l'acuité auditive doit être recherchée par la même personne, dans la même pièce, autant que possible à la même température et avec la même intensité vocale. Quant au sujet il ne doit être atteint d'aucune inflammation rhino-pharyngée et si c'est une femme l'examen devra être pratiqué en dehors des périodes menstruelles. Toutes ces précautions étant prises, il est certain qu'on peut arriver à une exactitude relative, malgré l'impossibilité de doser l'émission vocale et de la mesurer scientifiquement.

La méthode que je viens d'exposer est celle établie par M. Zünd-Burguet, dont la compétence indiscutable en phonétique, nous est un sûr garant qu'elle s'appuie sur des bases scientifiques solides et sur une expérience pratique de longue durée.

*
* *

Beaucoup d'otologistes se servent des chiffres pour mesurer l'audition ; nous croyons que c'est là un procédé défectueux et nous allons en terminant en donner la raison.

Dès l'enfance les chiffres produisent dans le cerveau des impressions très nettes, leur consonance étant caractéristique et limitée. Il suit de là que l'audition mentale joue le plus grand rôle.

Qu'on nous permette de citer l'auto-observation de M. Guérout, le distingué traducteur d'Helmholtz, qui raconte qu'un de ses amis, à la voix particulièrement sourde, prononçait des mots à 1 m. 50 de lui et qu'il n'en distinguait que fort peu. A une distance double de la précédente les chiffres étaient perçus. « Le fait paraît s'expliquer, dit M. Guérout¹, par cette circonstance que, dans le second cas, sachant d'avance que j'allais entendre des nombres, ma pensée s'était orientée en conséquence; et j'avais, dans ma mémoire, tout prêts à être utilisés, les 25 ou 30 mots au moyen desquels la numération parlée peut exprimer un nombre quelconque. »

1. G. GUÉROUT. La rééducation de l'oreille et la mémoire auditive, in *Revue générale des sciences* janvier 1912.

Pour notre part nous avons bien souvent constaté ce fait, que l'audibilité des chiffres est deux fois supérieure à celle d'un texte inconnu. Nous avons remarqué d'autre part que si au milieu d'une série de chiffres on place un mot autre qu'un chiffre, le sourd y substitue fréquemment un chiffre.

Pour ce qui est des « habitués » des grands spécialistes Européens, si on leur dit des mots indifférents, il n'est pas rare qu'ils répondent par chiffres, car ils sont eux aussi orientés vers les chiffres. Nous en concluons que l'examen de l'audition par la numération parlée est inutile et sans valeur, parce que les noms de chiffres sont trop peu nombreux, que notre oreille est familiarisée avec eux depuis la plus tendre enfance et qu'orientés vers cette série de mots particulièrement limitée les sujets devinent beaucoup plus qu'ils n'entendent ; c'est là une audition plus mentale qu'organique, par conséquent ce n'est pas l'*audition réelle*.

DEUX CAS CURIEUX DE CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE ET DU LARYNX POUVANT PRÊTER A CONFUSION

Par **H. JOLIAT** (de La Chaux-de-Fonds).

Nombreux sont les cas déjà décrits de corps étrangers de l'oreille et des voies respiratoires. Il s'en est trouvé de toutes formes et de tous genres, si bien qu'il semble difficile d'en citer de nouveaux. Cependant je n'ai pas découvert dans la littérature médicale de cas semblables à ceux dont je vais parler. Comme il s'agit simplement d'un fragment d'os dans le larynx et d'un morceau d'oignon dans l'oreille, ce n'est pas la nature de ces corps qui mérite une mention spéciale. Les premiers se voient très fréquemment. Quant aux débris d'oignon ils se rencontrent quelquefois dans le conduit auditif, car ils passent auprès d'un certain public pour calmer les rages de dent. Mais tous deux étaient si curieusement placés qu'à première vue les deux organes semblaient vierges de tout corps étranger. Et même un examen plus approfondi laissait quelque doute. L'emploi de la sonde seule donnait une certitude comme va le démontrer la description de ces deux cas.

CAS I. — Mlle E. B., 18 ans, se présente le 15 novembre 1906 à ma consultation. Elle se plaint de surdité et bourdonnements qui doivent être causés, dit-elle, par un morceau d'oignon qu'elle s'était introduit trois jours auparavant dans l'oreille droite pour calmer un mal de dent. En voulant plus tard le retirer, elle s'y était mal prise et l'avait enfoncé davantage. A l'examen, conduit et membrane du tympan paraissent normaux. Comme je m'attendais à trouver un gros fragment blanchâtre, entouré peut-être de cérumen et obstruant la lumière du canal, je commence à croire que le corps en question est tombé de l'oreille pendant son sommeil et que surdité et bourdonnements ont une autre cause que celle qu'elle leur attribue. En examinant plus attentivement il me semble pourtant que la membrane tympanique n'a pas son inclinaison normale et que le quadrant postéro-inférieur surtout est repoussé en avant. Un toucher à la sonde élucide la chose en faisant basculer un petit morceau d'une substance blanchâtre que je retire ensuite sans peine avec la pince. Le corps étranger était bien un fragment d'oignon en forme de croissant de 3-6 mm. d'épaisseur comme on en obtient en coupant le bulbe en tranches concentriques. Son aspect nacré, translucide, analogue à celui de la membrane du tympan à laquelle il adhérerait ; la situation

qu'il occupait dans le quadrant postéro-inférieur, ses deux pointes ou cornes très amincies, contournant en haut et en bas l'empreinte du manche du marteau tout en laissant cette empreinte très visible, explique pourquoi l'on pouvait au premier abord s'y tromper. Un éclairage intense au bec Auer et la vue monoculaire qui supprime la sensation du relief contribuait en plus à entretenir cette confusion.

CAS II. — M. G., 46 ans, m'est envoyé le 14 septembre 1909 par un confrère chirurgien qui a tenté de lui extraire, sans résultat vu l'insuffisance de son instrumentation, un fragment d'os fixé dans le larynx. Le malade se présente chez moi encore à demi-anesthésié par la cocaïne. Le jour précédent, en avalant son potage, il a senti tout à coup une vive douleur du côté gauche et depuis lors, chaque fois qu'il cherche à parler, une algie semblable se reproduit. Malgré l'anesthésie il est difficile à examiner, peut-être à cause de la fatigue causée par les précédentes tentatives. Cependant je parviens à lui voir assez nettement son larynx qui m'apparaît normal à part une certaine hyperhémie et une épaisse sécrétion muqueuse à la surface. Pas de corps étranger. Il n'était pas probable qu'il fut tombé dans la trachée durant le trajet entre les deux domiciles, puisqu'il n'y avait pas de quintes de toux, mais il avait pu être rejeté au dehors. Je n'ose ajouter encore de la cocaïne et après plusieurs examens identiques comme résultat je renvoie le malade au lendemain.

M. G. me revient beaucoup plus calme mais toujours avec les mêmes souffrances. Je l'insensibilise à fond assez facilement. Mais l'organe ne me montre toujours aucune trace de corps étranger. Seule la corde vocale gauche me paraît légèrement surélevée et plus large que la droite. Je la sonde et c'est alors que j'éprouve la sensation d'un corps dur et osseux. En touchant le bord libre de cette soi-disant corde osseuse, je réussis à le soulever assez pour apercevoir la vraie corde en dessous. Voilà donc un fragment d'os qui par sa blancheur et la régularité de son bord libre simulait une corde vocale. J'essaie de l'enlever avec la pince de Krause à mors latéraux mais je ne parviens pas à le saisir parce que la corde fortement contractée en-dessous empêche le mors inférieur de se mettre en bonne place. Et c'est avec une pince de Ruault aussi inclinée vers la droite que possible, que je parviens à l'extraire. A ma grande stupéfaction il est beaucoup plus volumineux que je ne croyais.

Représentez-vous une lamelle osseuse de la grandeur d'une pièce de un franc segmentée d'un tiers. Le bord rectiligne qui recouvrait et simulait la corde vocale se continuait avec le bord circulaire par deux échancrures ; il était en outre bombé légèrement, ce qui augmentait sa ressemblance avec une corde vocale. Notre lamelle, recouverte en grande partie par la fausse corde, était donc insinuée dans le ventricule de Morgagni, lieu de prédilection bien connu pour les corps étrangers du larynx. Les deux échancrures formant crochet le retenaient dans cette position et seule une mince bande blanchâtre et bombée reposait sur la vraie corde dont elle avait ainsi la forme

et l'aspect. L'épaisse sécrétion muqueuse blanc opaque qui enduisait le larynx aidait à parfaire l'illusion en rendant les détails indistincts. Comment expliquer maintenant que le chirurgien avait pu voir nettement ce corps étranger, puisqu'il avait tenté de l'extraire, tandis que je trouvais peu de temps après un larynx en apparence normal ? Il est probable que notre fragment d'os était au début placé presque verticalement entre la corde et la fausse corde et les premières tentatives d'extraction lui auraient fait prendre ensuite la position plus qu'exceptionnelle dans laquelle je l'ai trouvé.

L'intérêt de ces deux cas réside surtout dans leur étrangeté. Il en découle pourtant un fait d'exploration clinique. C'est que le sondage, procédé peu recommandé habituellement à cause des désastres par lui causés, peut être, à l'occasion, utile et même nécessaire pour apprécier la position des corps étrangers et même les découvrir, à condition, toutefois, d'être fait par une main exercée.

II. — SÉMÉIOLOGIE

LA DÉVIATION DANS LA MARCHÉ UTILISÉE COMME SIGNE COMPLÉMENTAIRE A L'ÉPREUVE THERMIQUE¹

Par **BUYS** (de Bruxelles).

La stimulation thermique telle qu'on la pratique en clinique produit du nystagmus oculaire et des mouvements de réaction du tronc et des membres. Ces mouvements se manifestent dans le plan du nystagmus et en sens opposé à celui-ci. Sur un sujet qui a la tête droite, ou mieux légèrement inclinée en avant l'irrigation froide unilatérale donne du nystagmus rotatoire en sens opposé à l'oreille irriguée. Placez ce sujet dans la position de Romberg, il tombe du côté de l'oreille irriguée. Faites-lui toucher de la main ou du pied, tandis qu'il a les yeux fermés, un objet dont vous lui avez au préalable marqué la situation, son geste dévie de la direction utile et précisément, encore une fois, en sens opposé au nystagmus rotatoire présenté.

Ces mouvements ou ces déviations des mouvements affectés par le tronc et les membres ne sont utilisés que dans leur rapport avec le nystagmus et dans le but limité de renseigner sur le fonctionnement des centres cérébelleux. Pris à part, considérés isolément, ils ne possèdent aucune valeur séméiologique. Pourquoi?

Pour deux motifs. Tout d'abord ces formes de réaction sont modifiables par la volonté du sujet en expérience, ce qui altère les indications qu'on voudrait en tirer; en second lieu on les tient pour un signe vestibulaire peu sensible, n'apparaissant que par des stimulations anormalement fortes comparées à celles qui donnent du nystagmus. Si le premier de ces motifs est inattaquable, le second mérite d'être examiné de plus près.

En 1909², je signalais la déviation dans la marche qui accompagne les petits nystagmus thermiques, et je préconisais dans les cas de nystagmus douteux de faire marcher le sujet les yeux fermés et de noter le sens dans lequel il dévie, cette déviation étant en sens inverse du nystagmus cherché.

Je m'appuyais sur des expériences pratiquées sur des sujets normaux que je n'ai du reste jamais publiées et que je résumerai ici.

L'objectif étant de comparer la déviation dans la marche et les petits nystagmus dans les stimulations thermiques faibles,

1. Communication à la Société Belge d'Otologie, juillet 1912.

2. Buys et HENNEBERT. Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille? p. 31. Rapport à la Société Belge d'Otol., 1909.

la méthode était la suivante : Je pratiquais une épreuve thermique ordinaire, chaude ou froide ; lorsque le nystagmus était évident, je faisais lever le sujet et l'engageais à marcher droit devant lui les yeux fermés. S'il y avait déviation, le sujet continuait à marcher en avant et en arrière jusqu'à ce qu'elle disparût. Les yeux étaient examinés plusieurs fois au cours de cette recherche et réexaminés à nouveau immédiatement après. On voyait ainsi si le nystagmus et la déviation coexistaient tout le temps ou si l'un des deux réflexes durait plus longtemps que l'autre. Dans une autre série d'expériences, je pratiquais des irrigations à des températures de plus en plus voisines de la température du corps de façon à opérer avec le stimulus le plus faible possible. Chez plusieurs sujets, je pus obtenir une réponse labyrinthique avec de l'eau à 34 et même à 35° centigrades.

Les expériences ainsi pratiquées sur une dizaine de sujets normaux m'ont donné trois résultats différents. Chez 6 sujets, le nystagmus et la déviation dans la marche se révélaient des signes labyrinthiques de sensibilité égale ; ils disparaissaient en même temps si l'excitant thermique était abaissé au-dessous du minimum susceptible de produire un réflexe ; chez deux sujets le signe nystagmique était le plus sensible des deux, car il survivait à la déviation ; chez deux sujets enfin c'était le phénomène inverse ; du nystagmus et de la déviation, c'était la déviation que l'on observait en dernier lieu, en l'absence de tout nystagmus.

Il ressort de ces recherches que la déviation est un signe d'une sensibilité comparable à celle du nystagmus lui-même parfois même plus sensible que lui. Mais la déviation dans la marche n'est pas autre chose que de la réaction vestibulaire. Ce point n'est pas discuté. Elle provient de l'incurvation du tronc et peut-être de modifications imposées au jeu normal des membres inférieurs. Sans nous arrêter à cette intéressante question de doctrine, notons le fait à retenir : la réaction est plus facile à mettre en évidence dans la marche que dans le Romberg. J'ai fait une constatation analogue à propos de la stimulation galvanique ; ici encore la déviation dans la marche apparaît plus facilement que la chute dans le Romberg.

Cette différence s'explique par l'équilibre instable du corps pendant la marche et par le fait que la marche, acte en partie volontaire, favorise les réactions à la façon du geste du « zeigerversuch ».

Mais si la déviation dans la marche, phénomène de réaction vestibulaire, est vraiment un signe plus sensible que les réactions habituelles, celle du Romberg par exemple, si de plus la sensibilité de ce signe est comparable à celle du nystagmus lui-

même, ne convient-il pas de l'utiliser dans certains cas spéciaux malgré l'inconvénient qu'il présente de constituer un réflexe n'échappant pas à l'action de la volonté? Voilà la question que nous posons en croyant qu'elle peut se résoudre par l'affirmative.

D'autres que nous ont songé à accorder quelque crédit à la déviation dans la marche.

Citons les intéressantes recherches du Professeur Quix, communiquées cet hiver à la Société Hollandaise d'Otologie¹, et qui consistent à observer la déviation dans la marche au cours d'une irrigation continue de longue durée telle qu'on peut la réaliser en faisant porter au sujet lui-mêmes l'appareil d'irrigation.

Sans doute ces recherches sont par elles-mêmes et par le but qu'elles poursuivent fort différentes des nôtres; contrairement à mon distingué collègue d'Utrecht, je n'emploie que la méthode classique d'irrigation et ne cherche la réaction, que lorsque l'irrigation est terminée. D'autre part, je n'ai pas eu en vue de produire comme lui à la fois du nystagmus et de la réaction, mais au contraire de réaliser une réaction dans le cas de nystagmus très petits, ou même douteux.

Quoi qu'il en soit de ces différences, Quix croit opportun de rechercher la déviation dans la marche et son exemple m'est un encouragement à reparler de ce signe.

Déjà en 1911², j'ai indiqué la possibilité d'utiliser la déviation comme signe clinique.

J'y reviens moins pour insister sur ce sujet que pour fixer les idées d'une façon concrète. Il s'agit, en effet, d'expliquer ma manière de voir par des détails circonstanciés, de l'appuyer d'exemples typiques qui montrent dans quels cas spéciaux, on peut sans manquer à la saine clinique, employer un signe à priori considéré, à juste titre du reste, comme un peu dangereux.

Tout d'abord, j'ai rencontré en clinique la déviation accompagnant de petits nystagmus, et cela dans deux catégories de cas. Ou bien l'épreuve était faite dans les conditions normales, c'est-à-dire à 30° ou 25° ou en-dessous, ou bien elle était pratiquée à une température très voisine de celle du corps, à 33° ou 34° par exemple. A la première de ces catégories appartenaient des sujets à sensibilité vestibulaire faible soit par hypoesthésie réelle soit par obstacle mécanique à la transmission du stimulus thermique; la seconde comprenait des malades ayant une ten-

1. F. H. Quix. Een nieuw toestel voor onderzoek van het statisch organ. *Nederl. Keel-nens en Oorheelk. Vereen*, 1911.

2. Symptomatologie des lésions labyrinthiques par traumatisme indirect (*Société Belge d'Otologie*, février 1911).

dance anormale aux nausées ou à la syncope, chez lesquels on ne pouvait procéder à des recherches d'intensité ordinaire.

Dans ces différents cas, la réaction dans la marche était évidente.

Au point de vue séméiologique, on pourrait objecter que c'est là un résultat assez négligeable : le nystagmus vaut mieux que la déviation et quand on a le nystagmus même petit, on s'en contente, aussi n'ai-je rappelé ces exemples que pour mémoire ; ils fortifient mes observations antérieures sur le sujet normal. Ils nous suggèrent cependant que si, pour une raison ou une autre, le nystagmus faisait défaut, nous pourrions songer à faire appel à sa compagne fidèle, la déviation.

Du reste, un petit nystagmus devient facilement un nystagmus douteux.

En voici quelques exemples, où le nystagmus est un signe moins certain que la déviation.

CAS I. — Sujet présentant une *destruction labyrinthique droite consécutive à un traumatisme*. Plus de trouble de l'équilibre, très léger nystagmus spontané dans le regard à gauche et à droite. L'épreuve thermique ne donne rien à droite, ni au point de vue du nystagmus, ni au point de vue de la marche ; à gauche, elle provoque un léger nystagmus rotatoire, dans une situation du regard voisine de celle où se manifeste le spontané, ce nystagmus par celà même est suspect.

Si l'on fait marcher le sujet après un « froid » à gauche, il dévie nettement du côté gauche. Cette épreuve plusieurs fois répétée donne toujours le même résultat, son indication est claire. Même si le sujet avait une tendance spontanée à dévier, tendance que nous n'avons pas relevée du reste, elle ne se manifesterait pas à gauche mais bien plutôt à droite. La déviation ici est un appoint séméiotique important, qui confirme un nystagmus incertain.

CAS II. *Destruction d'un labyrinthe*. — Le sujet dévie spontanément du côté malade, le thermique à 25° du côté malade est absolument négatif ; du côté sain, il donne un nystagmus douteux et dans la marche apparaît une déviation manifeste du côté sain, en sens opposé par conséquent à la déviation habituelle.

CAS III. — Jeune fille hérédosyphilitique chez laquelle la fonction labyrinthique est en grande partie étouffée ; en effet, il n'y a plus de nystagmus postrotatoire dans l'épreuve classique des dix tours, on note le signe de Hennebert à l'épreuve pneumatique, et au thermique à 18° un nystagmus très douteux des deux côtés, tandis que la déviation dans la marche est manifeste.

A ces cas de nystagmus de lecture difficile, ajoutons ceux où l'œil malade est le siège de mouvements spontanés, capables de dérober à notre observation le nystagmus que nous cherchons. Parmi plusieurs exemples que je pourrais produire, je choisirai

deux des plus typiques : dans l'un, il s'agit d'un jeune homme qui ne possède qu'un œil, l'autre lui ayant été enlevé par une opération ; l'œil survivant est à la suite d'une iridectomie, resté animé de mouvements nystagmiques de nature optique sur lesquels ni la rotation ni aucun stimulus labyrinthique n'ont plus la moindre prise.

Dans l'autre cas il existait un nystagmus spontané vestibulaire intense que les épreuves ne modifiaient pas d'une façon certaine ; la déviation dans la marche avait une valeur absolue parce que le sujet, malgré son nystagmus spontané, ne déviait pas spontanément dans la marche.

Nous venons de voir des cas où le nystagmus existe, mais est d'observation incertaine ou bien impossible ; voici des cas d'absence de ce réflexe avec persistance de la déviation.

CAS I. *Labyrinthite purulente unilatérale remontant à plusieurs années.* — Actuellement encore accès vertigineux avec chute du côté malade. Déviation spontanée du même côté dans la marche.

L'épreuve des 10 tours donne un nystagmus de 15 secondes du côté sain et de 7 secondes du côté malade. Le thermique du côté malade à 20° après 3 minutes ne donne aucun nystagmus ; du côté sain à 25° après 3 minutes, il ne donne aucun nystagmus non plus, mais le malade invité à se lever et à marcher les yeux fermés oscille et dévie alternativement de façon égale à droite et à gauche. Quelques minutes plus tard, il dévie comme d'habitude du côté malade.

Remarque. — L'oscillation remplaçant la déviation habituelle indique la sensibilité du labyrinthe sain. Le résultat de l'épreuve de la rotation confirme cette manière de voir.

CAS II. — Il s'agit encore de *l'abolition d'un labyrinthe.*

Elle est d'origine grippale et s'est installée brusquement avec accompagnement de paralysie du facial. Elle remonte à quatre mois au moment de l'examen.

Le sujet dévie spontanément dans la marche du côté malade. L'épreuve des 10 tours donne un secondaire de 15 secondes du côté malade et de 25 secondes du côté sain.

L'épreuve thermique à 18° prolongée 2 minutes, dans la position optima et pessima de Brunings ne donne aucun nystagmus ni pour le côté sain ni pour l'autre, cependant la recherche de la déviation dans la marche donne un résultat positif après irrigation du côté malade et après irrigation du côté sain, cette dernière déviation est la plus marquée, elle s'accompagne d'une sensation vertigineuse.

Remarque. — Si la déviation du côté malade semble n'être que la déviation spontanée habituelle, la déviation du côté sain ne peut être due qu'à l'action thermique. L'ensemble de l'observation donne à cette appréciation la valeur de la certitude.

CAS III. *Lésion labyrinthique gauche, d'origine traumatique remontant à 9 mois.* — Vacillement du corps dans le Romberg quoique la marche et le saut, même le saut sur un pied, ne décèlent aucune déviation. Pas de nystagmus spontané, mais dans les mouvements alternatifs il s'inscrit au nystagmographe un nystagmus plus intense du côté sain. Après dix tours à gauche, on constate sous les verres opaques un nystagmus secondaire faible de 15 secondes, tandis que dix tours à droite ne donnent aucun nystagmus consécutif.

Au nystagmographe dans les mêmes conditions s'inscrit un nystagmus secondaire dans les deux sens mais plus net et plus intense après rotation à gauche.

L'épreuve thermique à 25° et à 15° ne donne rien ni à droite ni à gauche, cependant immédiatement après la marche les yeux fermés provoque la déviation à droite après irrigation à droite, et nulle déviation après irrigation à gauche.

Remarque. — La déviation vers la droite, puisqu'elle n'existe pas en dehors de l'épreuve thermique doit être considérée comme due à celle-ci. L'ensemble de l'observation confirme cette manière de voir.

CAS IV. *Abolition lentement progressive d'un appareil vestibulaire à la suite d'un traumatisme indirect.* — Sans entrer dans d'autres détails, je dirai que deux examens pratiqués à un long intervalle m'ont montré la première fois la coexistence de la déviation et du nystagmus thermique et la seconde fois la survie de la déviation après disparition du signe nystagmique.

Si je suis entré dans des détails^{***} circonstanciés au sujet de ces différents cas qui montrent la déviation en l'absence de tout nystagmus ou en l'absence d'un nystagmus certain, c'est pour préciser dans quelle mesure on peut accorder quelque crédit à ce signe. Il ne peut être question un seul instant de le substituer au nystagmus.

Celui-ci est et restera toujours le signe classique dans l'épreuve thermique. Sa valeur tient à son origine vestibulaire indiscutable, elle tient à sa qualité de réflexe soustrait à la puissance de la volonté.

La déviation dans la marche n'a pas ce caractère en quelque sorte spécifique, elle ne constitue pas un signe aussi parfaitement sûr, et jamais on ne se hasarderait à lui faire à elle seule porter le poids d'un diagnostic.

Cependant malgré sa valeur secondaire, le signe de la déviation dans la marche me paraît pouvoir être utilisé dans certains cas où pour une raison quelconque le signe nystagmique nous fait défaut, à condition de l'appuyer sur des données concordantes fournies par l'anamnèse et par d'autres méthodes d'examen telles que l'épreuve de la rotation.

III. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES PLASTIQUES DU LARYNX ¹

Ciro CALDERA
Par
et
Joseph PINARDI

[Traduction par H. MASSIER, de Nice.]

L'on sait que le carcinome du larynx s'implante de préférence sur les cordes vocales sur lesquelles il provoque l'apparition, tout d'abord, d'une zone d'infiltration, puis de véritables granulations, qui peu à peu croissent au point d'envahir tous les muscles intrinsèques de la moitié correspondante, puis du côté opposé, enfin les cartilages et les parties extrinsèques du larynx. Dans le premier stade, c'est-à-dire quand il existe encore seulement l'infiltration ou les granulations limitées à la corde vocale, on peut espérer avec une intervention chirurgicale appropriée, guérir radicalement cette lésion si grave : cette intervention peut être limitée à une ablation large du tissu pathologiquement altéré, par les voies naturelles, mais il est plus prudent de pratiquer cette ablation précoce du néoplasme par voie translaryngée, en employant la laryngofissure. Avec les améliorations techniques conseillées par la pratique large de cette opération dans ces dernières années, elle a perdu la plus grande partie de sa gravité et étant donnée la voie d'accès large qu'elle offre à l'opérateur, elle présente les plus grandes garanties chirurgicales, en augmentant les probabilités d'une guérison stable.

La laryngofissure faite, on procède à l'ablation du tissu malade le plus largement possible ; à cette destruction succède, il est vrai, une vaste perte de tissu qui s'étend quelquefois jusqu'aux cartilages du larynx.

Même en supposant un décours post-opératoire totalement favorable, il faudra pour obtenir une guérison stable, attendre une période d'au moins 20 à 30 jours ; il se fait un processus de réparation par seconde intention.

Nous avons voulu étudier sur les animaux s'il était possible de substituer à cette méthode de réparation lente et septique, la guérison par première intention.

Dans ce but, nous avons entrepris dans une nombreuse série

1. Communication au XV^e Congrès de la Société italienne de laryngologie, Venise, 17-21 septembre 1912.

de chiens l'opération suivante. Sous narcose chloroformique, avec l'asepsie la plus scrupuleuse des instruments et avec antiseptie du champ opératoire et des mains avec l'alcool iodé à 5 %, nous avons pratiqué la trachéotomie basse préventive et successivement la thyro-cricotomie médiane ; le larynx ouvert, on écarte les deux moitiés ; nous procédons à l'excision complète d'une corde vocale et puis nous la resuturons en place avec du catgut n° 00. Avec le même catgut nous suturons soigneusement le larynx en cherchant à affronter exactement les deux valves du thyroïde et du cricoïde, en pénétrant avec l'aiguille dans le péri-chondre et dans le cartilage même en évitant toutefois de ne pas transpercer la muqueuse.

Nous pratiquons un second plan de suture des muscles, un troisième plan des aponévroses toujours avec du catgut, et enfin la suture de la peau avec la soie n° 2. Après une nouvelle désinfection avec l'alcool iodé, nous protégeons la ligne de suture avec du collodion et un bandage est ensuite fixé autour du cou et aux membres supérieurs avec une bande amidonnée.

Cet acte opératoire avait pour nous une importance capitale en ce qu'il devait nous dire s'il était possible d'espérer la prise de la suture et la guérison par première intention en une cavité septique tel que l'est le larynx. Nous avons eu au début une véritable série d'insuccès, à la suite de complications broncho-pulmonaires ; dans un seul cas l'animal mourut par suite d'infiltration purulente des parties molles péri-laryngées et de nécrose diffuse.

Nous modifiâmes alors la technique en laissant à part la trachéotomie et en exécutant directement l'intervention sur le larynx. Avec cette méthode les résultats changèrent notablement ; sur 4 cas opérés, 2 fois la suture ne prit pas, mais nous devons confesser que la cause de cet insuccès est due à l'infection produite par la pénétration de l'air dans les parties molles, consécutive à la suture défectueuse de la membrane thyroïdienne.

A ce point en effet s'était formée une fistule à bords torpides, à travers laquelle coulait un liquide purulent.

Dans deux cas au contraire nous avons pu observer la guérison *per primam* et la parfaite adhérence de la corde sectionnée et resuturée (in situ).

Ces résultats, bien que numériquement rares, démontrent qu'avec une technique exacte on peut obtenir la guérison *per primam* même dans une cavité septique virtuellement comme le larynx et cela probablement par une atténuation des germes qui s'y trouvent et par une résistance particulière des tissus de cet organe à l'infection.

Dans la seconde série d'expériences nous avons voulu voir s'il était possible d'obtenir dans des cas la guérison *per primam* en suturant dans le larynx, au lieu de la corde vocale enlevée en totalité, un lambeau de muqueuse, pris à la surface interne des lèvres de l'animal. Conservant dans toutes ses particularités la technique ci-dessus, nous procédâmes à l'acte opératoire. La corde vocale enlevée nous suturons contre les bords de la perte de substance un pli muqueux enlevé de la lèvre inférieure de façon que la surface revêtue d'épithélium fût retournée vers la lumière du larynx et que la part cruentée fût collée exactement avec la surface cruentée du larynx.

De cette façon nous obtînmes dans deux cas des guérisons parfaites, dans les trois autres cas, toujours par l'imperfection de la technique de la suture de la membrane thyroïdienne, il se forma une fistule laryngée haute, consécutive à l'infection de la cavité et à l'élimination du lambeau plastique.

Pour conclure, nous croyons pouvoir affirmer, en nous basant sur les résultats de ces preuves expérimentales, qu'il est possible d'obtenir l'adhérence parfaite et la guérison *per primam* des lambeaux plastiques enlevés de la bouche et transplantés sur les vastes délabrements cruentés de la surface interne du larynx, avec le grand avantage pratique de la diminution de durée de la période de réparation et de l'élimination du péril des infections septiques pulmonaires, fréquentes dans les cas de blessures intra-laryngées suppurées.

Nous adressons nos remerciements les plus vifs au Prof. Peroncito qui nous a permis de poursuivre dans son laboratoire les recherches que nous avons entreprises sur ce sujet.

IV. — HISTOLOGIE

SUR LA STRUCTURE DE LA LAME SPIRALE MEMBRANEUSE DU LIMAÇON¹.

Par **E. VASTICAR** (de Paris).

La couche moyenne de la lame spirale membraneuse est constituée par une lame de tissu hyalin finement striée dans toute sa largeur et qui s'étend de la crête basilaire du ligament spiral aux parties molles de la lèvre tympanique.

J'ai eu l'occasion d'observer chez le lapin adulte une lame spirale membraneuse particulièrement développée et je note les détails de structure suivants :

La lame hyaline striée (*l. h. s.*) se termine en dedans en un point situé environ à l'union du tiers interne avec le tiers moyen de la distance interpilaire. Son bord interne légèrement épaissi est taillé obliquement en biseau de haut en bas et de dedans en dehors. Il offre une partie plane et deux angles. L'angle supérieur se prolonge en dedans sous forme d'un feuillet hyalin (*f. h. s.*) d'une infime épaisseur et se perd rapidement dans la couche membraneuse amincie (*f. c. v.*) provenant du fusionnement des fibres conjonctives de la lèvre vestibulaire avec celles du périoste vestibulaire de la lèvre tympanique osseuse. La surface inférieure de ce feuillet ainsi que la surface plane oblique terminale de la lame reçoivent l'insertion : *a*, d'un pinceau de fibres rectilignes (*p. f.*) s'épanouissant en dedans et se fixant à des aspérités osseuses de la lèvre tympanique ; *b*, de fibres conjonctives (*p. t.*) s'unissant aux précédentes et appartenant au périoste tympanique.

L'ensemble de ces différents plans filamenteux forme le revêtement membraneux terminal de la lèvre tympanique osseuse auquel adhère fortement le bord interne de la lame hyaline. Le pilier interne (*p. i.*) placé sur sa surface supérieure porte à faux sur la crête osseuse.

Un deuxième feuillet hyalin (*f. h. i.*) prolonge en bas et en dehors l'angle inférieur du biseau ; il se termine au milieu d'une substance indéterminée qui double la face inférieure de la lame hyaline striée.

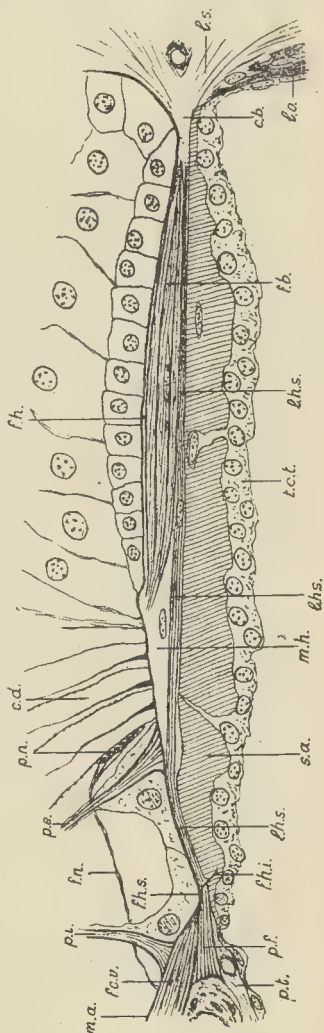
Le segment interne de la lame hyaline situé en dedans du pilier externe (*p. e.*) est mince et d'épaisseur assez régulière. La lame hyaline augmente de volume sous le pilier externe. Celui-ci repose à plat sur sa face supérieure et je ne vois aucun prolongement de la

1. Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. 154, p. 391, séance du 5 février 1912.

base de ce pilier pénétrer dans l'intérieur de cette lame. Dans la région des cellules de Deiters (*c. d.*) la lame hyaline forme un volumineux massif de substance hyaline (*m. h.*) caractérisé par l'absence de stries. La couche de stries fines (*l. h. s.*) occupe dans le segment interpilaire toute l'épaisseur de la couche hyaline. Elle traverse ensuite le massif hyalin à sa partie inférieure, puis, diminuant progressivement d'épaisseur, atteint la crête basilaire (*c. b.*) du ligament spiral (*l. s.*). La couche des stries basilaires (*f. b.*) formée par la superposition de plusieurs plans de grosses fibres repose sur ce segment externe de la lame hyaline finement striée dont elle se différencie nettement. Les extrémités internes de ces fibres se groupent et se terminent, en suivant souvent une direction ascendante, dans la partie supérieure du massif hyalin sans qu'on puisse observer la moindre apparence de continuité des grosses fibres basilaires avec les stries fines de la lame hyaline. Les extrémités externes semblent se fusionner avec les stries fines terminales de la lame hyaline et avec un feuillet hyalin (*f. h.*) dépourvu de stries qui n'est qu'un prolongement externe du massif hyalin et qui recouvre en totalité la couche épaisse des grosses fibres basilaires. Ces dernières sont donc entièrement comprises dans un dédoublement de la lame hyaline.

On remarque des noyaux oblongs au milieu des grosses fibres, des stries fines et dans la substance hyaline non différenciée.

La face inférieure de la lame hyaline est doublée d'une couche de substance amorphe de nature indéterminée. Elle se colore de la même façon que le tissu osseux. Sur des coupes axiales sa surface tympanique apparaît mamelonnée et montre un certain nombre



d'incisures au fond desquelles on aperçoit souvent un noyau. On trouve également des noyaux en pleine substance. Je remarque d'une façon assez régulière le développement particulier de cette substance sous le pilier externe, ainsi qu'un sillon profond qui atteint, sur le côté externe du pilier, la lame hyaline. En dehors elle se prolonge légèrement au delà et en dessous de la crête basilaire pour se terminer, comme on le voit sur la figure, dans le voisinage d'une lamelle osseuse (*l. o.*) qui renforce la partie inférieure tympanique du ligament spiral. En dedans elle se continue en couche très mince sous le revêtement membraneux de la lèvre tympanique.

La surface tympanique de cette couche de substance amorphe est tapissée de tissu conjonctif délicat (*t. c. t.*) contenant des cellules fusiformes dont le noyau est allongé dans le sens spiral. Elles sont d'autant plus nombreuses que la substance amorphe est plus abondante.

Une fine membrane anhyste (*m. a.*) que j'ai pu observer détachée des tissus sous-jacents recouvre toute la surface cochléaire de la lame hyaline. Elle se prolonge en dehors sur la surface cochléaire du ligament spiral et en dedans jusqu'aux dents de la première rangée. Sur elle reposent tous les éléments cellulaires du canal cochléaire. Elle est percée de boutonnières au niveau des piliers.

Je constate enfin l'existence d'une plaque nerveuse (*p. n.*) accolée à la base et sur la paroi interne de la cellule de Deiters de la première rangée et à une faible distance de la membrane basilaire. Plusieurs fibrilles nerveuses s'en détachent et se réunissent en un faisceau (*f. n.*) qui traverse le tunnel et gagne les foramina.

Conclusions. — La zone pectinée de la membrane basilaire est formée de six couches distinctes : 1° une lamelle anhyste ; 2° une lamelle hyaline ; 3° une ou plusieurs couches de grosses fibres basilaires ; 4° une lame hyaline finement striée ; 5° une couche de substance amorphe ; 6° un revêtement conjonctif.

V. — PHYSIOLOGIE

DISCUSSION SUR LA FONCTION ACOUSTIQUE ET VUES PERSONNELLES ¹

Par le Prof. **De CIGNA** (de Gènes).

[Traduction par H. MASSIER, de Nice.]

Les traumatismes sonores peuvent arriver au labyrinthe par la voie aéro-tympanique et par la voie des os crâniens.

On discute encore pour déterminer dans quelles proportions ces deux moyens de conduction prennent part au phénomène acoustique. Quelques auteurs (Politzer, Lucae) soutiennent qu'une distinction nette entre les deux voies de conduction n'est pas possible et que dans la transmission des sons par voie crânienne l'appareil tympanique participe toujours au phénomène avec son mécanisme particulier.

Certes, dans la question des traumatismes sonores et, c'est-à-dire d'actions bruyantes violentes, qui, souvent, sont accompagnées de violentes secousses atmosphériques capables quelquefois, comme dans les explosions, les coups de bombe, de mine, dans les décharges de grosses pièces d'artillerie, etc., de mettre en vibration même le sol et les constructions, dans un rayon d'étendue variable selon leur intensité, l'élément de la vibration en masse de l'organe de l'ouïe au moyen des os qui le contiennent, acquiert une grande importance, surtout au point de vue clinique, mais dans ces cas, l'action traumatisante de la vibration doit être recherchée plus dans le champ mécanique de la secousse que dans le champ physique du son.

De toute façon, il me semble que l'on doit tenir pour certain, que la voie naturelle de transmission des sons du monde extérieur aux terminaisons de l'acoustique est la voie aéro-tympanique, soit par suite de la prédisposition anatomique de l'oreille dans toutes les parties qui la composent, soit par la supériorité absolue de l'explication physiologique des phénomènes acoustique s'accomplissant par ce moyen de transmission en opposition à celui qui s'accomplit par voie crânienne.

J'en parlerai d'une façon distincte.

Tous les sons et l'infinité des bruits grands et petits qui se

1. Extr. de « Traumatismes sonores du labyrinthe ». Gènes, E. Olivieri, 1909, et XV^e Congrès de la Société italienne d'oto-rhino-laryng., Venise, sept. 1912).

mêlent dans le mouvement ambiant d'une grande cité et qui sont l'expression la plus grossière de sa vie mécanique représentent les produits de heurts et de coups qui s'expriment par des vibrations.

Ces vibrations transmises pour la plus grande partie à l'air, atteignent jusqu'à notre oreille, et notre oreille les perçoit en même temps et les individualise, quoiqu'elles aient des caractères extrêmement différents en intensité, nombre et période. Le phénomène est si merveilleux, qu'il paraît devoir échapper à une interprétation logique et rester attaché au mystère qui enveloppe encore les phénomènes de conscience.

La masse multiforme de ces vibrations qui viennent frapper dans le même instant l'oreille sont recueillies par la membrane du tympan qui, au moyen de la chaîne des osselets, les transmet à la membrane de la fenêtre ovale et de là au liquide labyrinthique.

Le mécanisme de fonction de la membrane tympanique a été minutieusement étudié par plusieurs auteurs.

Politzer, tout d'abord, chercha à en donner la démonstration directe en expérimentant sur le cadavre humain. Unissant à la chaîne des osselets ou directement sur la membrane tympanique un fil très ténu de verre ou une fine paille de riz, il réussit à faire inscrire sur un cylindre tournant les vibrations correspondant à des sons de différentes hauteurs obtenant les courbes non seulement des tons simples, mais aussi des tons composés, résultant de la superposition de divers tons.

Buck observa au microscope les oscillations des osselets produites par des sifflements forts dans la direction du conduit auditif et il en mesura les oscillations. Il constata le fait que la membrane de la fenêtre ronde participait aussi à ces mouvements et il nota encore que les oscillations des osselets persistent aussi avec la destruction ou la perforation de la membrane tympanique et après la section des tendons du muscle du marteau et de l'étrier.

Des expériences semblables furent faites par Burnett, par Politzer et par Mack et Kessel. D'autres études furent faites par Berthold, par Naghel et Samoiloff au moyen de la méthode des flammes manométriques : les premières sur les animaux et les dernières sur l'homme vivant.

Récemment, Nuvoli¹ fit des expériences sur le temporal des cadavres avec des vues personnelles, mais avec des faits sans démonstration absolue.

1. G. NUOLI. *Physiol. des organes de l'ouïe et considérations cliniques* (Lœscher, Rome, 1907).

Quel que soit le mécanisme d'action de la membrane tympanique, il n'est pas, certes, chose facile que d'en donner une explication scientifique.

Néanmoins, il me semble que nous ne devons pas trop nous éloigner dans nos hypothèses de la comparaison des faits que l'on vérifie en physique. De sorte qu'il me semble assez difficile de partager l'idée de Hensen, qui cherchait à appliquer aussi à la membrane du tympan, dans ses différentes zones, la théorie d'Helmholtz et de retenir pour ainsi dire que l'on pouvait la considérer comme un résonnateur qui possède un nombre infini de tons propres capables ainsi de reproduire fidèlement les vibrations les plus variées.

De ce fait, il ne paraît pas que l'on puisse trop prendre en considération l'idée de Fick qui croit que la membrane tympanique en relation avec les différents tons soit capable de vibrer isolément dans des secteurs particuliers, comme si elle était composée d'autant de cordes tendues, de longueur diverse et de tension variée.

Mais la tessiture de la membrane tympanique est tellement solide et compacte, en tenant compte aussi de la disposition de ses couches qui la rendent toujours plus homogène et élastique, qu'il ne paraît pas trop logique de considérer comme possible un mouvement isolé de chaque fibre.

Il me semble que, sauf un degré de sensibilité de beaucoup supérieure à celle de quelque autre membrane artificielle, conférée par des attitudes particulières à varier ses conditions de tension et de courbure, résultant de la somme des actes réflexes conscients et inconscients, la membrane tympanique devrait répondre aux lois physiques qui gouvernent les membranes vibrantes communes.

Pour affirmer cette hypothèse, on se sert d'un exemple : l'exemple ne donne pas l'explication d'un phénomène, mais le démontre et pour le moment seulement cela suffit.

Le phonographe au degré de perfection des derniers modèles, considéré comme un appareil enregistreur, peut assez exactement se comparer à une oreille macroscopique. La trompe est le pavillon ; le tambour avec sa membrane et la pointe est la caisse du tympan avec la membrane et la chaîne des osselets ; le disque impressionnable est l'organe sensitif terminal.

En ce qui concerne le fait physico-mécanique, la rencontre peut se faire logiquement ; mais en entrant dans le champ des sensations, il est nécessaire de s'arrêter.

Mais pour comprendre ce qui se rapporte au mécanisme d'action de la membrane tympanique, nous pouvons être satisfaits.

En maintenant cette comparaison, il est nécessaire d'abandonner les hypothèses de fonctions spécifiques et individualisées même dans le siège de la membrane tympanique. La petite membrane armée du tambour enregistreur du phonographe est une chose assez simple : elle n'a pas de caractères intrinsèques spéciaux, ni de constitution, ni de courbure ; elle vibre sous le heurt des ondes sonores multiformes qui lui arrivent comme une membrane commune qui a le degré de tension nécessaire pour répondre avec sensibilité et rapidité aux agents stimulants qui la frappent. La pointe qui y est attachée grave le disque avec une petite marque qui est le résumé, la synthèse des sons ou bruits les plus disparates qui parviennent à la membrane et pour ainsi dire l'ensemble unicisé de la foule variée des vibrations qui viennent à la frapper en même temps. Cette petite marque, que le disque sensible enregistre, sera capable, par un phénomène encore plus surprenant, de reproduire tous les sons simultanés qu'il représente, même s'ils étaient disparates de hauteur, de timbre et d'intensité. Certainement, comme je l'ai déjà montré, la membrane tympanique est différente, mais seulement par un degré de sensibilité de beaucoup supérieure, dû à son pouvoir de varier, selon les besoins, ses conditions de tension et de courbure en mettant en œuvre des organes spéciaux qui lui sont unis et par l'effet d'actes volontaires et de phénomènes réflexes inconscients.

L'appareil de transmission a sans nul doute une grande importance dans le phénomène auditif, non par une faculté intrinsèque dans la perception des sons, mais comme organe de transport des plus petites vibrations aux éléments capables de percevoir ces vibrations, que ce soit même comme des sensations tactiles, pour les transmettre aux centres supérieurs corticaux où selon toute probabilité la sensation sonore acquiert ses caractères essentiels.

Il est évident qu'entre les idées de Fick qui admet une individualisation dans les divers segments de la membrane et celles de Zimmermann (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1909) qui nie toute utilité à l'appareil de conduction, on peut placer l'hypothèse que la membrane du tympan avec la chaîne des osselets, sans posséder dans son mécanisme d'action de caractères tels qui la mettent totalement en dehors de toutes les lois physiques qui gouvernent la vibration des membranes, a, comme appareil de perfectionnement dans la transmission des ondes sonores de l'air extérieur aux tissus des labyrinthiques une valeur et une importance sans égales. Les conclusions de Bezold (*Zeitschr. f.*

Ohrenheilk., 1903) ne me semblent pas pouvoir diminuer cette importance étendue d'une façon égale à tous les tons de la gamme musicale. Elles maintiennent qu'avec l'abolition de l'appareil de transmission il y a altération seule de la perception des tons bas pour lesquels seulement cet appareil est nécessaire, et que les os crâniens sont parfaitement capables de transmettre au labyrinthe les vibrations sonores aériennes à partir de la première octave (troisième octave française).

La question de l'importance de l'appareil de transmission dans la fonction auditive fut récemment discutée au Congrès d'Heidelberg (1908). Schaeffer et Sessons, tout en admettant qu'il soit surtout nécessaire dans la perception des tons bas, ne manquent pas de lui attribuer une grande importance dans la perception de l'échelle des sons, non pas tant dans son pouvoir qualitatif que dans sa valeur quantitative, ou avec l'abolition de l'appareil de transmission, l'étendue du champ auditif n'est que peu modifiée, tandis que la finesse de l'audition est plus ou moins gravement altérée. C'est ainsi que Struycken de Bréda (*Arch. int. de lar.*, sept. 1908) établit comme conclusions de ses recherches qu'après l'enlèvement de la membrane du tympan et des osselets chez des malades à audition osseuse normale, il y a presque toujours une diminution de la limite supérieure et de la limite inférieure.

De même Bönninghaus s'exprime d'une façon contraire à l'opinion de Bezold.

Il faut admettre que l'appareil de conduction est indispensable dans la transmission des sons faibles, de quelque hauteur que ce soit, et que tous les sons, quand ils ont atteint une certaine intensité, peuvent être perçus même sans l'appareil de conduction; on peut ajouter une autre cause que, quand cet appareil est le siège de processus d'inflammation qui en altèrent de ce fait la fonction délicate, il ne reste que comme un corps étranger dans la caisse auditive et représente un obstacle grave interposé entre les vibrations sonores de l'air et l'oreille interne, de sorte qu'en l'enlevant entièrement, la fonction auditive s'améliore d'une façon extraordinaire. La clinique montre assez fréquemment que les individus chez lesquels l'oreille moyenne est le siège de processus suppuratifs chroniques et qui présentent par la voie aéro-tympanique une fonction gravement altérée et pour ainsi dire abolie, peuvent tout à coup après l'opération de cure radicale et cela après deux, trois, cinq jours, au moment du premier pansement, présenter une fonction fortement améliorée, non seulement pour la voix de conversation, mais pour la voix chuchotée et aussi pour la montre.

Ce phénomène, facile à contrôler, confirme en sens inverse le rôle de l'appareil de conduction comme moyen de perfectionnement dans la transmission des sons à l'appareil récepteur, de sorte que lorsque les parties constituantes sont lésées et que les délicates fonctions sont altérées, il perd toute importance et sa présence ne représente qu'un obstacle à l'arrivée des vibrations aériennes à l'oreille interne.

Ayant considéré ainsi l'office et l'importance de l'appareil de conduction et opposé, à part son plus grand degré de perfection, son mécanisme d'action à celui d'une membrane commune pourvue d'un assemblage de leviers pour la concentration de ses vibrations complétives en un point déterminé (la platine de l'étrier pour la membrane de l'étrier), nous devons aborder une question bien grave et plus compliquée, celle qui a trait à la fonction de l'appareil récepteur du son et c'est-à-dire du limaçon.

Le problème de l'audition fut pendant longtemps et sans conteste lié au nom illustre d'Helmholtz qui, dès 1877, trace et expose sa théorie de l'audition fondée sur le principe de la résonnance et sur l'extension de la loi de G. Muller des énergies spécifiques aux fibres uniques du nerf acoustique.

La théorie d'Helmholtz, fortement combattue, a cependant résisté aux critiques les plus sévères et en ces temps derniers, après les recherches expérimentales de quelques auteurs sur l'oreille interne (Whittmack¹⁻⁶, Siebenmann⁷, Joshii⁸, Gellé⁹, Corradi¹⁰, Stepanow¹¹, Habermann¹², Politzer, etc.), la théorie

1. WHITTMACK. Ueber speriment. degenerative Neuritis des Hörnerven (*Z. f. O.*, Bd 51).

2. Id. Zur histopatholog. Untersuchung des Gehörorgans, etc. (*Z. f. O.*, Bd 51).

3. Id. Weiter : Beiträge zur Kenntniss der degenerative Neuritis und Atrophie des Hörnerven (*Z. f. O.*, Bd 53).

4. Id. Ueber die Schädigung des Gehörs durch Schalleinwirkung (*Z. f. O.*, Bd 54).

5. Id. Eine neue Stütze der Helmholtz'schen Resonanztheorie (*A. f. d. Ges. Phys.*, Bd 120, 1907).

6. Id. Zur Frage des Schädigung des Gehörorgans durch Schalleinwirkung (*Z. f. O.*, Bd 59, 1909).

7. SIEBENMANN. Grundzüge der Anatomie und Pathogenese der Taubstummheit, 1904, Wiesbaden.

8. JOSHII. Experimentale Untersuchungen über die Schädigung des Gehörorgans durch Schalleinwirkung (*Z. f. O.*, Bd 53).

9. GELLÉ. L'audition.

10. CORRADI. Ueber die funktionelle Wichtigkeit der Schnecke (*A. f. O.*, Bd 32).

11. STEPANOW. Experimentelle Beiträge über die Funktion der Schnecke (*M. f. O.*, Bd 58).

12. HABERMANN. Beiträge für Lehre von der professionnelle Schwerhörigkeit (*A. f. O.*, Bd 159).

d'Helmholtz semble avoir acquis de nouveaux éléments en sa faveur, surtout en ce qui concerne la localisation des sons dans des segments déterminés de la membrane basilaire.

Cependant la théorie d'Helmholtz est évidemment trop artificieuse pour correspondre à la vérité.

Elle conserve encore aujourd'hui le charme des conceptions géniales qui restent pour quelque chose en nous-mêmes si la logique les détruit : sa clarté, la corrélation naturelle de ses postulats, la correspondance des faits anatomiques avec les déductions physiques, la comparaison vraisemblable des éléments fonctionnels avec les résultats des expériences physiques arrivent à maintenir cette base solide que les plus sévères critiques ont cherché à démolir.

Malgré tout, je le répète, la théorie d'Helmholtz, de la façon dont elle est exprimée, ne peut correspondre à la vérité.

Helmholtz, observant qu'au point de vue anatomique la membrane basilaire est constituée par une série continue de fibres élastiques qui s'étendent de la base du limaçon jusqu'à son extrémité et que ces fibres augmentent graduellement de longueur, allant du début basal à son extrémité apicale, imagine que ces fibres radiales représenteraient un système de cordes semblables à celles d'un piano, accordées et capables de vibrer en résonnance uniquement avec des sons uniques de l'échelle musicale.

Partant du concept des énergies spécifiques, il admettait que chaque fibre radiale de la membrane basilaire était fonctionnellement différenciée tant à la périphérie que vers le centre et jusque dans le centre sensoriel.

Pour expliquer le pouvoir d'analyse de l'oreille en comparaison avec une vibration complexe, il dit que tous les tons partiels qui la composent feraient vibrer chaque fibre capable de résonner avec ces tons donnés partiels et même pour ces tons donnés accordés.

En ce qui concerne la localisation des divers tons, il admettait, en partant encore des résultats anatomiques en parallèle avec les faits physiques, que les tons aigus faisaient vibrer les fibres les plus concrètes situées au début de la membrane basilaire, diminuant graduellement, sans sauts ni intervalles, jusqu'aux fibres plus longues de l'apex (12 fois plus longues) qui vibreraient avec les tons bas.

A la théorie d'Helmholtz, quelques dix ans après, Rutherford oppose une nouvelle théorie confrontant le mécanisme et l'excitation auditive cochléaire à celui d'un téléphone. Les vibrations

imprimées de la platine de l'étrier au liquide de la rampe vestibulaire agiraient à travers la membrane de Reissner sur la membrane tectoriale et de là sur les cils des cellules acoustiques excitant *in toto* l'organe de Corti. Le nerf acoustique avec ses fibres aurait la mission de transporter les stimulations fines aux centres supérieurs avec leurs caractères de fréquence, intensité, coloris, laissant à ceux-ci le champ de la perception analytique des sons.

La théorie de Rutherford, qui nie l'analyse périphérique des sons, fut quelque peu modifiée par A. Waller (1891) qui admettait que l'organe de Corti était bien stimulé en masse par quelque son ou bruit, mais plus ou moins dans certaines régions déterminées que dans d'autres, selon les divers caractères qualitatifs des impulsions sonores.

Selon Waller, l'oreille interne réagit à des formes déterminées de pression acoustique, analysant d'une façon semblable les sons, à l'encontre de ce qui se passe pour la consonnance des fibres basilaires, comme l'avait admis Helmholtz.

Une autre opinion fut émise par M. Meyer et par Ter-Kuile qui disaient que l'analyse labyrinthique des sons dépendait de l'extension de la zone des membranes basilaires capables de vibrer sous un stimulus déterminé. Selon Mayer, l'intensité des tons dépendrait de la longueur des segments vibrants, la hauteur des tons et la fréquence des vibrations. Selon Ter-Kuile, la hauteur du ton dépendrait au contraire de la longueur du segment vibrant, sous la dépendance de la durée de la vibration, c'est-à-dire que plus le ton est grave et la vibration plus longue, plus l'étendue de membrane basilaire vibrante sera grande. Et l'on passe ainsi à la théorie d'Ewald.

Sa théorie est le développement de la théorie de Waller des images de la pression acoustique.

Ewald dit que chaque ton fait vibrer la membrane basilaire dans toute son étendue dans une série d'ondes caractérisées dans leur ensemble pour chaque ton et capables au moyen des nerfs de conduire aux centres supérieurs la sensation sonore. La superposition des tons provoque une superposition des images, qui restent chacune cependant assez reconnaissable. Quand les stimulations arrivent d'une façon apériodique, les ondes sonores qui se produisent aussi sur la membrane basilaire n'ont pas de caractère de stabilité.

Ewald a donné à sa théorie le contrôle expérimental en faisant construire une chambre acoustique qui, dans sa disposition, rappelle assez bien la cavité de l'oreille interne. La théorie

d'Ewald résista heureusement à nombre des objections auxquelles succomba la théorie d'Helmholtz. Néanmoins, elle néglige aussi la présence et l'office de diverses parties complexes de l'organe de Corti, parties qui doivent sans doute avoir leur importance dans le mécanisme de fonction de l'oreille interne.

D'autres théories encore furent énoncées sur la fonction acoustique. Bonnier (1901) après une série de publications antérieures arrive à la conviction que l'oreille humaine est un appareil enregistreur et qu'il peut d'une façon absolue et étroite être comparé aux enregistreurs barométriques et manométriques. Les variations de pression sensibles pour beaucoup de personnes même si elles sont de faible intensité, comme les sensations de malaise général, quand elles atteignent un certain degré prennent nettement une signification auriculaire, avec surdité, diminution de l'audition, bruit, oppression auriculaire, etc.

Bonnier suit dans la philogénie des formations auriculaires ces rapports soit directs, soit indirects, des papilles sensorielles avec la pression externe. Chez les poissons, cet office barométrique et manométrique de l'oreille est des plus évidents. Il admet pourtant que l'oreille humaine a donc toutes les qualités d'un enregistreur barométrique et manométrique, dont certaines parties sont plus sensibles aux variations lentes et irrégulières (utricule et ses fonctions barothésiques, statographiques et manothésiques), d'autres plus sensibles aux variations rapides et régulières (sacculé avec ses fonctions seiesthésiques ou perception des vibrations en nature sous forme analytique, comme chez les invertébrés), d'autres encore plus sensibles à ces mêmes vibrations, perçus sous forme continue, tonale (limaçon avec ses fonctions auditives).

La théorie de Bonnier contredite en quelque sorte par Marage¹, si elle ne se base pas sur des faits expérimentaux, a, d'après moi, beaucoup d'apparence de vraisemblance. Cette théorie n'expliquerait pas les résultats d'aucune recherche histopathologique, mais l'auteur ne s'en préoccupe pas du tout². Cependant avec la théorie de Bonnier aussi ces derniers faits sont explicables et nous chercherons à le démontrer. (A suivre.)

1. MARAGE. Contrib. à la physiol. de l'oreille interne. Ac. des Sc., 26 fév. 1903.

2. BONNIER. Un point de physiol. auricul. (*Ann. des Mal. de l'or.*, mars 1903).

VI. — TECHNIQUE PRATIQUE

PETITE MODIFICATION A LA TECHNIQUE DE LA TRACHÉOTOMIE¹

Par le prof. **J. PORTELA** (de Cadix).

[Traduction par B. de GORSSE, de Luchon.]

Dans la trachéotomie par les méthodes classiques, comme l'incision de la trachée est linéaire et comme les anneaux trachéaux sont plus ou moins rigides, l'adaptation de l'ouverture trachéale à la canule ne se fait qu'au bout de quelques jours et aux dépens d'un processus de nécrose des cartilages sectionnés. Aussi arrive-t-il que dans les premiers jours qui suivent l'opération, le changement de canule exige, pour être fait facilement, le mandrin ou le conducteur de Krishaber, surtout quand il s'agit, comme cela arrive fréquemment, de personnes âgées avec des cartilages durs et rigides.

Quand celui qui est chargé de soigner ces malades n'est pas adroit, il est souvent ennuyé parce que dans l'espace de temps, même très court, où la canule est sortie pour permettre de nettoyer la plaie, celle-ci tend à se rétrécir; et quand on tente de la réintroduire, elle bute contre les bords des cartilages sectionnés et occasionne des douleurs au malade. Une fois, peu de jours après avoir opéré, dans un village voisin, un cancéreux avec une grosse sténose, je fus rappelé d'urgence parce que le médecin traitant, en changeant la canule, n'avait pu la réintroduire et le malade était fort mal. Il peut donc y avoir, parfois, comme dans le cas que je viens de citer, danger pour le malade de subir une crise d'asphyxie très angoissante.

Pour l'éviter, et en vue de faciliter l'introduction de la canule *dès les premiers pansements*, j'ai eu l'idée et j'emploie avec succès cette simple modification de la technique opératoire: une fois la trachée mise à nu, il faut, avec le bistouri, faire une incision *transversale* sur la ligne médiane de l'espace compris au-dessus de l'anneau le plus haut que l'on pense sectionner; on coupe et, sans perdre de temps, on introduit à travers la petite ouverture la branche la plus étroite d'une pince emporte-pièce ou d'un turbinotome de Laurens, dans la direction de l'axe de la trachée; on serre rapidement la pince et on enlève le fragment

1. Communication faite au 4^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie.

compris entre les mors. Ce dernier doit être proportionné au diamètre de la canule ; on doit, en vue de cela qui doit être fait en un seul coup, calculer la quantité de pince qui doit être introduite dans la trachée. Il reste ainsi une perte de substance en forme des mors de la pince, et alors même que son diamètre transversal serait inférieur à celui de la canule, cela donne une facilité extrême pour l'introduire, sans qu'il soit besoin d'un conducteur ; une personne, même inexpérimentée, peut le faire dès les premiers jours sans difficultés ni douleurs pour le malade.

Avec une pince construite *ad hoc*, dont la branche femelle a un prolongement terminé en pointe, on peut faire, d'un seul temps, la ponction et l'incision de l'orifice trachéal.

Cette petite modification dans la technique opératoire, n'est pas applicable aux cas où la canule ne doit être placée que pendant peu de jours, à cause de la difficulté de cicatrisation qu'aura l'orifice trachéal. Mais quand la canule doit rester en place assez longtemps pour qu'un orifice trachéal circulaire arrive à se modeler aux dépens d'un processus de nécrose, la modification que nous proposons ci-dessus est d'une réelle utilité, surtout dans les cas où on doit laisser les pansements entre les mains de personnes qui n'ont pas l'habitude de soigner ces malades.

VII. — PHONÉTIQUE

ESSAIS SUR LA VOIX

(*Suite.*)

Par **A. THOORIS** (de Paris),

Assistant au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France,
Chef du laboratoire militaire de biologie expérimentale
et de morphologie.

Mouvements de la langue (*suite*).

En raison même de l'impossibilité d'inspecter l'intérieur de la cavité buccale pour les phonèmes à petite ouverture labiale, on a utilisé la radioscopie et observé le profil du chanteur ou du parleur derrière l'écran fluorescent. Si l'inspection directe est impuissante pour les phonèmes à petit orifice, l'inspection roentgénique permet de surprendre les mouvements de la langue pour les mêmes phonèmes, à condition qu'il s'agisse de ceux qui les réclament un certain écartement des mâchoires comme les *o* et les *u*. En tous cas, la langue ne jetant aucune ombre par elle-même, il y a lieu d'assurer sa visibilité par un procédé artificiel. Certains auteurs ont eu recours à un enduit spécial, d'autres à des chaînettes de plomb retenues par une petite balle dans le sinus piriforme pour dessiner le profil médian de la langue ou passant par les fosses nasales pour marquer la courbe du palais. Ces procédés ont permis d'intéressantes constatations et donné lieu à une iconographie instructive. On leur reconnaîtra cependant des inconvénients réels qui en faussent les résultats.

C'est ainsi que la chaînette médiale épousant le profil médian de la langue ne donne aucun renseignement sur les mouvements marginaux de celle-ci. Or, on sait l'importance de cette activité marginale dans le régime du souffle. La chaînette introduite dans les fosses nasales le long du plancher nasal et ramenée par le cavum d'arrière en avant le long du palais n'épouse pas strictement la courbure de celui-ci et l'épaisseur variable du plancher nasal suivant les individus ne permet pas d'apprécier les distances entre la chaînette qui repose sur la langue et celle qui repose sur le plancher nasal. Nous ne parlons pas des mouvements réflexes parasites que la présence de ces objets dans des régions particulièrement susceptibles, peuvent susciter.

L'emploi de la chaînette a au moins le mérite de révéler le mouvement d'arrière en avant de la partie postéro-inférieure de la langue et par conséquent les variations du diamètre sagittal du pharynx laryngé. On voit ainsi approximativement les modi-

fications volumétriques du canal pharyngo-buccal et les changements de forme du tuyau additionnel (Ansatzrohr des Allemands), si on assimile le larynx à un instrument à anche et le canal pharyngo-oral à un tuyau ouvert.

J'ai fait construire de petites languettes de caoutchouc imprégnées de sels de plomb et épousant adéquatement la partie antérieure de la langue aux bords de laquelle elles étaient retenues par des replis marginaux. Aucune observation n'est possible sur l'écran quand les dents antagonistes sont en contact. On ne voit



FIG. 1. — Résonateur universel de Rousselot¹. (Manière de s'en servir.)

l'ombre de la languette que quand les mâchoires s'écartent. Aucun renseignement ne nous est donné par exemple pour les dentales et les sifflantes. Mais si le sujet émet successivement les voyelles : *à, è, e, é, i, î*, on voit l'ombre de la languette monter progressivement d'arrière en avant, contre le plancher buccal pour *à*, contre le palais et les incisives supérieures pour *i*.

Il en est de même pour *a, â, æ, é, u* et *û*. Quant à *â, ô, o, ó, u* et *û*, on voit l'ombre linguale reculer en s'élevant vers la partie postérieure de la cavité buccale et se placer pour *û* très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.

Faisons maintenant émettre la voyelle *à* en *ré¹*, *ré²* et *ré³*. En *ré¹* la langue repose sur le plancher et se confond avec l'ombre du maxillaire intérieur. En *ré²* la langue oblique de haut en bas et d'arrière en avant, se rapproche en arrière de la voûte palatale et apparaît nettement entre le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur. En *ré³*, l'ombre linguale tend à se disposer horizontalement en haut en s'appliquant contre la voûte palatale.

1. Cette figure se rapporte au texte du numéro précédent.

L'ombre de la languette se confond avec l'ombre du massif facial. Ces positions n'ont pas d'ailleurs la fixité schématique que les nécessités d'un exposé sommaire semblent admettre. En réalité, la langue est le siège de mouvements incessants qui en modifient à tout instant la forme dans la parole et dans le chant. La languette de plomb masque ces mouvements et ne laisse apparaître que les déplacements de toute la masse linguale.

L'étude du sifflet par le procédé de la languette a donné les résultats suivants :

Dans le grave, la languette s'élève en arrière et s'abaisse en avant. A l'aigu, la pointe s'élève et s'avance. Dans le grave, on voit un espace clair entre la pointe de la langue et les incisives inférieures. Obliquité du versant antérieur. Dans l'aigu : horizontalité de ce versant qui devient un palier ; l'espace entre la pointe et les incisives supérieures devient nul. Donc, dans le sifflet grave, la pointe de la langue recule et s'abaisse, le dos s'élève ; dans le sifflet aigu, la pointe de la langue se porte contre les incisives supérieures et la langue se déplace en masse de bas en haut et parallèlement à elle-même.

L'emploi des languettes ne donne aucun renseignement direct relatif aux déplacements linguaux postéro-inférieurs. On les devine par induction et on vérifie si l'on veut — très grossièrement toutefois — l'induction par le palper. L'introduction de l'index dans le cavum laryngo-buccal permet de se rendre compte de l'agrandissement du diamètre postéro-antérieur de l'arrière-cavité pharyngo-buccale dans le sifflet aigu, sa diminution dans le sifflet grave.

La méthode expérimentale permet de saisir d'une façon plus précise par des empreintes ou des tracés les mouvements que nous étudions. On connaît l'usage du palais artificiel pour étudier les déplacements de la langue et son activité articulatoire. Les linguistes, sous l'impulsion de Rousselot, en ont fait un emploi mondial. La fabrication de ces palais artificiels est facile. On prend une bonne empreinte de la voûte palatale avec du stents préalablement ramolli à l'eau chaude. On enduit l'empreinte, après refroidissement, d'une matière qui empêche l'adhérence et on passe au pinceau une série de couches de solution saturée de cellulose dans l'acétone. Il est bon de laisser s'évaporer un certain temps la solution. On attend quelques minutes entre chaque couche jusqu'à dessiccation. On obtient ainsi des palais artificiels légers et d'un prix de revient insignifiant. Il est bon, pour assurer les repérages, de perforer l'engin à l'emporte-pièce d'un certain nombre de petites ouvertures suivant une disposition symétrique, toujours la même.

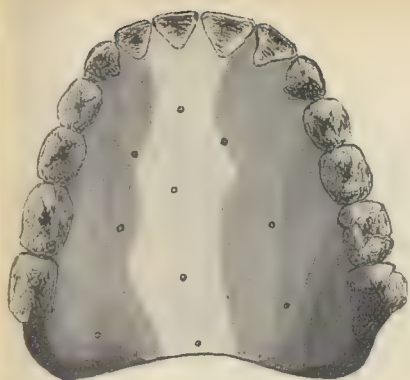


FIG. 2. — Empreintes de ā, ē, e, é, ī, i et ī articulé avec force.

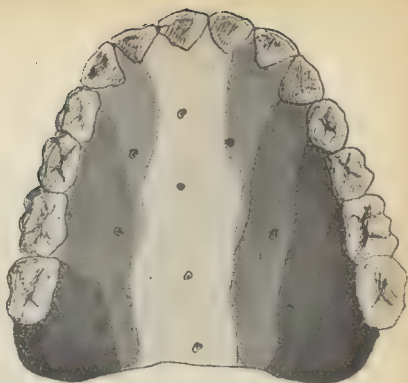


FIG. 3. — Empreinte des a, á, æ, é, u, u et ū articulés avec force.

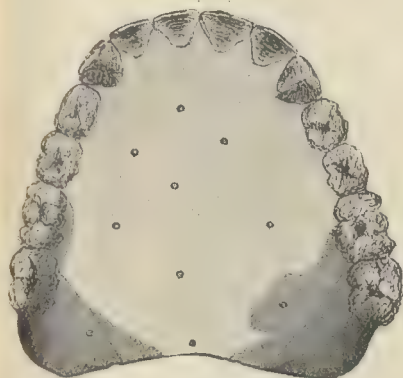


FIG. 4. — Empreintes de á, ò, o, ó, u, u, et ū articulé avec force ne donne aucune empreinte.

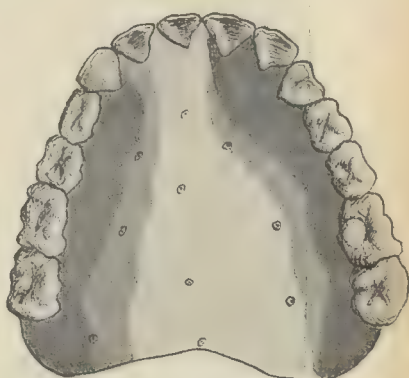


FIG. 5. — Empreinte de sa et za.

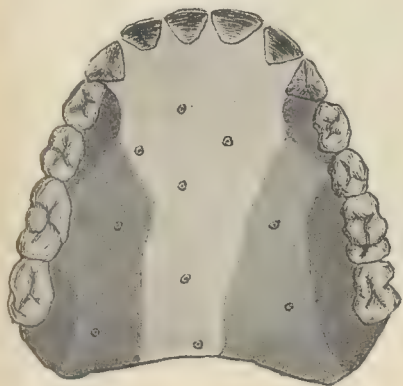


FIG. 6. — Empreinte de ja et ea.

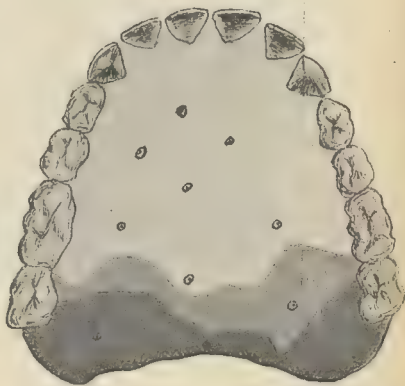


FIG. 7. — Empreintes de ga et ka.

Je ne m'attarderai pas à une étude de tous les phonèmes de

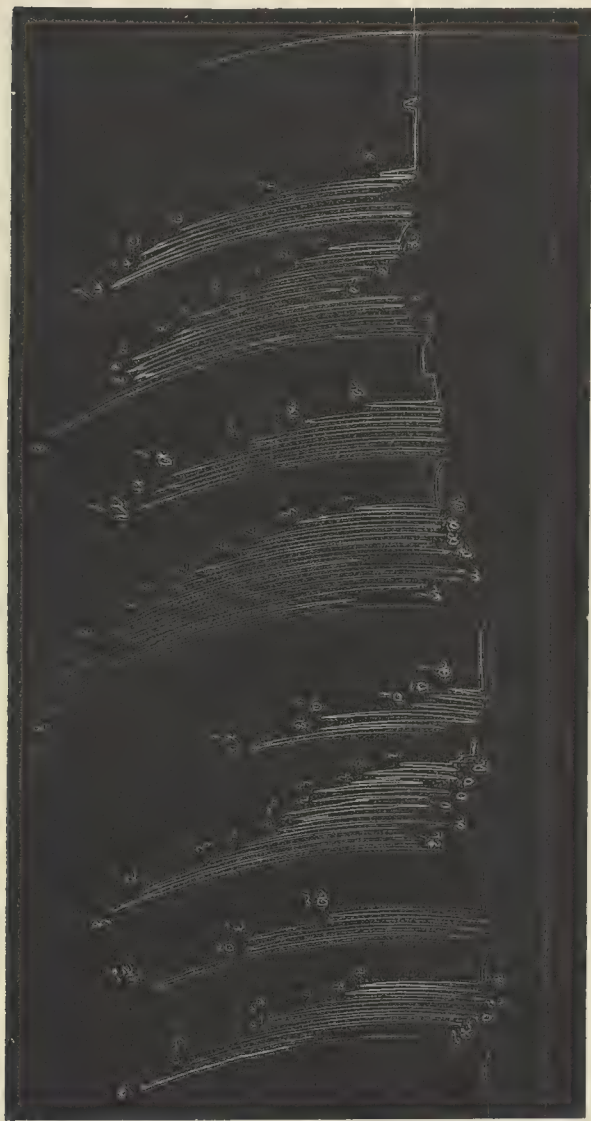


FIG. 8. — Mouvement d'élévation de la langue dans la partie antérieure de la cavité buccale : 1° de \tilde{a} en i et de a en u ; 2° pour ces deux séries de voyelles aux deux tons extrêmes de l'octave ré², ré³.

notre langage par le palais artificiel. On saupoudre ce palais

avec de la poudre de talc ; on l'applique au palais de la bouche en ayant soin que la langue repose au fond de la cavité buccale et ne vienne pas toucher la voûte. On articule, on retire délicatement le palais artificiel et on note la touche. Je présente ici une série de touches que j'ai notées sur des dessins préparés d'avance



FIG. 9. — 1° Mouvement de l'élévation de la langue, augmentant de *â* en *û* ; 2° mouvement ascensionnel de la langue en *ré*² et *ré*³ pour chaque voyelle de la série *â*, *ô*, *u*, *ó*, *û*. Ces deux mouvements sont pris dans la partie postérieure de la cavité buccale.

en superposant les teintes au lavis. La touche palatale la plus réduite est la plus teintée. Il ne s'agit que des touches sur la partie dure du palais bien entendu. Voy. fig. 2, 3, 4, 5, 6 et 7. Il y a lieu d'observer que les touches sont d'autant plus accentuées et étendues que l'articulation est plus forte. Comparez *û* et *í* fortement articulés (fig. 2 et 3) avec *û* et *í* articulés avec une énergie moyenne. Nous ne donnons ici que les touches d'un certain nombre de voyelles et de consonnes. Qu'on se reporte aux

ouvrages qui sont sortis du Laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France pour plus amples renseignements.

L'emploi des ampoules exploratrices et du cylindre enregistreur donne des indications très nettes sur le mécanisme articulaire de la langue pour la série des voyelles émises dans le médium ou aux deux tons de l'octave. Nous avons, pour ce genre d'enregistrement, adopté les ampoules de notre cormomètre à boucles décrit ailleurs et sur lequel je reviendrai dans l'étude de la respiration. Je donne (fig. 8 et 9) deux graphiques très nets. Lire de droite à gauche. Les tambours n° 1 sans leviers avec des longueurs de plume de 14 cm. 5. Le mouvement du métronome a été traduit en courbe sinueuse par le procédé que nous avons déjà mentionné. 116 sinuosités en 60". Je rappelle brièvement le moyen de compter la vitesse du cylindre par cette dernière indication. Il suffit de mesurer la longueur de l'axe coupant symétriquement une série de 116 sinuosités pour connaître l'espace qu'a parcouru le cylindre en une minute.

(*A suivre.*)

VIII. — RECHERCHES HISTORIQUES

ROLE DE CLOQUET

dans la nosologie nasale de la période pré-spécialistique.

(Suite.)

Par C. CHAUVEAU.

Cloquet remarque avec raison que ses prédécesseurs avaient indistinctement donné le nom d'ozène à divers états morbides des fosses nasales, très différents entre eux. Généralement, on avait admis que l'affection connue sous ce nom était déterminée par un ulcère sec et fétide, siégeant plus ou moins haut, attaquant l'os, mais sans déterminer cependant, au cours de son évolution, très lente et qui pourrait durer toute la vie, des désordres anatomiques bien graves. Parfois, dit l'auteur, il résulte d'un trouble purement local, tel qu'un coryza négligé, mais souvent aussi, il serait produit par un vice général de la constitution, tel que la scrofule¹, le scorbut², la syphilis, opinion qui venait récemment d'être défendue par le célèbre chirurgien français Boyer (t. VI de son ouvrage, p. 85).

La maladie remonterait chez certains malades aux toutes premières années de l'existence, ou bien elle surviendrait pendant l'adolescence. Cloquet remarque que l'ozène peut attaquer les individus en apparence les plus sains.

« On remarque seulement qu'il affecte de préférence les personnes qui ont le nez écrasé, défaut de conformation malheureusement héréditaire dans certaines familles. Quelquefois cependant, il semble avoir son origine à une plaie, à une contusion, à un polype, à un ulcère simple, irrité pendant longtemps, mais qui paraît avoir été guéri. Du reste, on ignore également les phénomènes qui accompagnent son développement parce que, ordinairement, on n'est averti de son existence que par l'odeur fétide qu'exhale le nez, odeur repoussante au dernier point, et qui fait supporter avec peine ceux qui sont atteints de cette dégoûtante infirmité. Le malade cependant n'éprouve assez souvent aucune douleur : il ne se fait, par les narines, aucun écoulement de

1. La scrofule n'était pas encore érigée en diathèse, mais on commençait à attribuer les divers troubles dits strumeux à une mauvaise disposition et à un fonctionnement torpide de l'organisme.

2. On attribue au scorbut, alors très fréquent, les désordres les plus divers et au fond les plus étrangers à sa véritable nature.

matière ichoreuse ou puriforme ; on n'aperçoit dans les fosses nasales, rien de contraire à l'état naturel.

« Néanmoins, cette affection est presque toujours accompagnée de la privation de l'odorat ou, du moins, d'une très grande diminution dans la faculté de sentir les odeurs.

« On n'a point encore constaté, par l'autopsie des cadavres, le siège véritable de l'ozène, ni les altérations organiques qu'il détermine. » Et l'auteur ajoute : « Ne serait-il pas probable que, dans bien des cas, la fétidité de l'air qui s'échappe par les narines est due au séjour prolongé du mucus dans les anfractuosités des fosses nasales mal conformées, plutôt qu'à un ulcère dont aucun produit n'annonce la présence. »

Comme on le voit, Cloquet, abandonnant la vieille pathogénie fautive de l'ulcère, se rallie en somme, avant la lettre pourrait-on dire, à l'hypothèse qui a eu de nos jours tant de succès, d'une forme défectueuse des fosses nasales, d'un séjour dans un nez trop spacieux (Michel de Cologne) des sécrétions de la muqueuse pituitaire.

Cloquet avait publié en 1840 dans la *Gazette des hôpitaux de Paris* en 1840 (p. 110) un cas fort curieux d'occlusion complète des narines à la suite de la variole, que nous croyons devoir rapporter à cause de la rareté des faits cliniques de ce genre. On verra que l'auteur s'était assez bien rendu compte d'une partie des graves désordres que détermine l'obstruction nasale et qu'il y remédia avec succès par une intervention sanglante.

« Au 20 de la salle des hommes est entré, le 11 février, Hellouin Jean, quatorze ans, garçon épicier.

« Cet enfant, à peine âgé de six mois, fut atteint de la petite vérole dont il porte à la face la marque ineffaçable. Les traces sont si profondes qu'elles suffiraient à prouver l'intensité de la maladie, si, d'autre part, l'occlusion complète des narines antérieures, n'en faisait irrécusablement foi. Le resserrement de ces ouvertures est porté tellement loin, à gauche surtout, que de ce côté, la respiration nasale ne peut pas s'effectuer ; à droite, elle s'effectue un peu, mais à un si faible degré que l'introduction de l'air dans le poumon par le nez, la bouche étant close, ne peut suffire à la respiration. De cette occlusion presque complète des narines, il résulte en outre qu'Hellouin ne peut dormir la bouche fermée, et qu'étant forcé de la tenir continuellement béante, sa langue et sa bouche sont continuellement sèches et épaisses ; la langue surtout se couvrait dans les maladies d'un enduit si épais qu'on était obligé de la lui gratter. Ajoutons enfin qu'il est souvent enrhumé de la poitrine, ce qu'il attribue à l'état de ses narines.

« Il faut bien tenir compte de tous les inconvénients, lorsque dans des conditions analogues à celles d'Hellouin, on peut les faire cesser par des opérations les plus simples.

« Deux petites incisions ont été pratiquées à chaque narine, une en avant, l'autre en arrière, une dilatation convenable obtenue par ce moyen, on l'a maintenue par l'introduction de deux bouts d'une sonde en gomme élastique du plus gros calibre. Ces deux bouts de sonde ont un pouce de longueur environ; le canal est laissé libre, et tous deux sont assujettis à un fil au moyen d'un nœud pratiqué près de l'une de ses extrémités, de manière à ne laisser entre eux que l'éloignement que présentent les narines de l'une à l'autre. Les deux extrémités du fil ont été ramenées chacune de leur côté sur la partie externe de la joue correspondante et fixée à l'aide de quatre bandelettes de sparadrap. »

Le grand danger est ici la rétraction des parties, car on incise en pleine cicatrice; c'est pourquoi Cloquet recourut consécutivement à la dilatation. Celle-ci permit d'obtenir une guérison qui se maintint.

Cloquet s'est longuement étendu sur la carie des fosses nasales, qui serait suivant lui d'une grande fréquence¹. (Il ne sait pas du reste nettement la séparer de la nécrose, tant que celle-ci n'a pas abouti à un séquestre.) Il croit que la structure spongieuse et la disposition lamelleuse de la plupart des os qui limitent ces cavités y prédisposent beaucoup. Ces lésions osseuses seraient l'analogue des ulcères de la profondeur du nez. Comme eux elles évolueraient lentement, sans grande réaction, mais pourraient aboutir à des désordres très considérables en mettant à nu les anfractuosités de ces cavités ouvrant leurs sinus, et établissant enfin de larges communications fistuleuses entre le nez et la bouche (carie syphilitique de la voûte palatine des modernes).

Comme on était déjà à l'aurore de la fameuse théorie des diathèses et que du reste tout le passé de la médecine était favorable à l'idée de grandes perturbations générales de l'organisme dans les faits de ce genre, Cloquet ne manque pas d'invoquer pour expliquer la pathogénie de ces tristes affections un désordre constitutionnel. « Le plus souvent, dit-il, la carie des fosses nasales est produite ou entretenue par quelque vice général, et dénote une diathèse syphilitique, cancéreuse, scrofuleuse, scorbutique, etc. Il n'est point rare pourtant de la voir dépendre

1. A son époque, non seulement on ne savait guère traiter localement les ostéites nasales, mais on les négligeait par incurie ou on les exaspérait par des solutions d'une violence inconsidérée.

uniquement de quelque « cause tout à fait locale ; c'est ce qui arrive particulièrement à la suite des plaies d'armes à feu, des contusions, de l'introduction de corps étrangers dans ces cavités, des coryzas multipliés, des fractures par violences extérieures ».

Cloquet à ce sujet fait une remarque importante sur le retentissement de ces lésions sur les cavités annexes des fosses nasales :

« Fréquemment la carie des dents devient la cause de celle des parois du sinus maxillaire, et l'altération s'étend de celui-ci aux os voisins. A la suite d'un mémoire de Bordenave sur les maladies de ce sinus, Louis rapporte plusieurs exemples qui confirment cette assertion (*Mémoire de l'Acad. de chirurg.*, t. IV, p. 3, 6, 384). »

Voici quels seraient les signes qui caractérisent les altérations des parois osseuses des fosses nasales : ils seraient d'abord assez obscurs. « On pourra néanmoins soupçonner l'existence de celles-ci, si la matière purulente est sanieuse qui s'échappe soit par le nez, soit par une fistule ouverte accidentellement, a une odeur fétide et teint le linge en noir, et l'on n'en doutera plus du moment que quelques petites parcelles d'os se seront échappées par les ouvertures.

« Son existence est également confirmée si l'on peut porter une sonde jusque sur les os eux-mêmes ; constamment leur consistance est altérée et l'instrument pénètre leur tissu avec une grande facilité, en faisant éprouver à la main de l'expérimentateur la sensation d'une série de petites fractures. Parfois cependant, l'os malade n'est point immédiatement à découvert ; une couche d'un tissu fongueux plus ou moins épaisse le recouvre et le dérobe à l'exploration de la sonde ; mais alors les autres signes rationnels de la carie existent. »

Cloquet assure qu'on ne s'aperçoit guère du mal que quand il occasionne des désordres trop souvent irrémédiables.

« En général la carie a déjà fait de grands progrès lorsqu'on s'aperçoit de son existence : de là, nul moyen de prévenir cette maladie et de l'arrêter dans son principe. Quelquefois, mais rarement, il arrive qu'elle guérit par les seules forces de la nature. Notre honorable collègue à la Société philomathique, M. le Dr D. de Blainville, a observé un cas de ce genre chez une personne tourmentée de cette maladie depuis plusieurs années et sans qu'on pût soupçonner aucun vice spécifique de l'économie. Fatigué d'une série de traitements infructueux le malade cessa tout remède et fut guéri à la longue d'une manière solide et complète. Mais, le plus souvent, le mal tend au contraire à s'accroître et à faire chaque jour de nouveaux progrès dont les effets sont

quelquefois affreux. La carie, en effet, peut attaquer la cloison des fosses nasales en même temps que les os propres du nez, et alors, ce dernier organe s'affaisse et perd sa forme pour toujours. On voit aussi sous l'influence de la même cause, arriver des exfoliations des os de toute la face à peu près. A Bicêtre autrefois Fournier a fait voir à Bordenave un homme dont la plupart de ces os étaient gonflés et vermoulus par une carie vénérienne, et chez lequel les os de la pommette et les portions supérieures des os sus-maxillaires sortirent par des trajets fistuleux (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. IV, p. 361).

« Un ancien maître en chirurgie de Lille, Chastanet, a observé une petite fille de cinq ans chez laquelle toute la région inférieure de l'os maxillaire et palatin s'était ainsi détachée (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. V, p. 235). »

D'autres fois les accidents attaqueraient la *paroi externe des fosses nasales* « fixée le long de celle-ci, la carie attaque le canal nasal et donne ainsi lieu à une tumeur lacrymale, qui disparaît quelquefois à une époque plus avancée de la maladie par la perforation de l'os lacrymal qui fournit aux larmes une route insolite dans les cavités du nez ». Le retentissement sur les sinus est assez bien exposé et montre que l'on soupçonnait dès cette époque les sinusites.

« On a vu encore la carie détruire la table antérieure des sinus frontaux et donner lieu à des fistules aériennes très difficiles à guérir.

« Les parois osseuses de l'antre d'Highmore sont si minces et contiennent si peu de tissu spongieux, que lorsqu'elles deviennent malades, elles sont attaquées de nécrose plutôt que de véritable carie. C'est ce qui leur arrive quelquefois à la suite d'une percussion, ou par l'effet d'un vice interne, et en particulier du vice vénérien, quoique le plus ordinairement cette nécrose soit le résultat de la carie des dents et qu'elle succède à l'engorgement et à la suppuration de la membrane du sinus. En pareil cas, l'os maxillaire et la joue sont tuméfiés ; le palais offre souvent une fistule qui donne issue à une grande quantité d'un pus fétide, ou présente une tumeur dont la compression donne lieu à un écoulement de matière par la narine.

« Lorsque cette affection morbide, ou toute autre carie des fosses nasales existe depuis longtemps déjà, l'irritation permanente dont elle est le foyer et l'absorption de l'ichor sanieux qu'elle fournit, altèrent profondément la constitution du sujet, et donnent lieu à des évacuations colliquatives, au marasme et même à la mort, à la suite d'une longue chaîne de tourments

analogues à ceux dont nous avons déjà tracé le tableau plus d'une fois.

« Les conséquences immédiates sont moins funestes pourtant si la carie est peu étendue ; mais l'irritation qui tient sans cesse le malade dans un état de sensibilité contre nature, le rend beaucoup plus accessible à l'influence des causes morbifiques générales.

« Sur le rapport du pronostic encore, la carie des fosses nasales, qui dépend d'une cause que l'on peut combattre par des moyens connus, est beaucoup moins dangereuse que celle qui dépend d'un vice qu'il n'est point au pouvoir de l'art de détruire. Malgré la rapidité avec laquelle elle marche, celle qui dérive d'une infection syphilitique est, en conséquence, bien moins redoutable que celle qui annonce une diathèse scrofuleuse. » L'auteur indique les moyens thérapeutiques employés de son temps.

« Le traitement de la carie des fosses nasales, d'après cela, comprend deux indications principales : combattre la cause si elle est connue ; attaquer l'affection locale par des moyens typiques. On s'occupera donc conformément à ces vues fondamentales, de la destruction du vice syphilitique, scrofuleux, scorbutique, etc., soupçonné et l'on dirigera contre lui les moyens éprouvés en pareil cas, avant de passer aux soins particuliers réclamés par la maladie. Il est possible ainsi d'arrêter les progrès de celle-ci, et alors la nature est à même de faire des efforts efficaces pour la guérison entière, en même temps que l'homme de l'art combat avec avantage une affection locale devenue stationnaire.

« Quant au traitement topique, lorsqu'il est bien constant qu'aucun moyen curatif ne peut rendre la vie aux portions d'os que la carie a détachées de la masse commune et nécrosées, et qu'une fois la partie frappée, le désordre est consommé, il devient évident que tous les soins du praticien doivent tendre à opérer la destruction de ces esquilles ou au moins leur élimination, à seconder la nature dans le travail qu'elle fait pour se débarrasser de ces substances qui lui sont devenues étrangères. »

(A suivre.)

IX. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I

OPÉRATION MASTOÏDIENNE DOUBLE DANS UN CAS D'INFECTION STREPTOCOCCIQUE DES DEUX OREILLES COMPLIQUÉE DE MÉNINGITE, ABCÈS SOUS-DURAL ET D'INFECTION DU SINUS LATÉRAL. GUÉRISON.

Par **Charles Moore ROBERTSON**, M. D. (Chicago).

[Traduction par KERAUCEN de Saint-Brieuc.]

M. J. S., 53 ans, marié, Américain, marin, homme robuste pouvant peser 250 livres, 6 pieds de haut, fut conduit à la Policlinique de l'Hôpital en juin 1910 pour une complication grave survenue à la suite d'une maladie des deux oreilles.

Quatre jours auparavant il avait été pris d'une légère douleur dans l'oreille droite qui avait commencé à couler le lendemain, après douze heures de douleurs.

Le jour suivant, quelques douleurs dans l'oreille gauche et une ou deux heures après s'établissait la suppuration.

L'écoulement de l'oreille droite dura trois jours et celui de l'oreille gauche deux jours.

Quatre jours après le début du mal d'oreille à droite le malade fut pris de symptômes de troubles cérébraux.

Il présentait de la somnolence, et avait une certaine difficulté à suivre une conversation.

Il ne trouvait pas les mots et ne finissait pas les phrases commencées.

Le cinquième jour l'aphasie était plus accusée et la température commença à monter, le pouls à s'accélérer et la respiration était plus précipitée.

Tout effort cérébral devenait plus pénible et le malade tombait dans un demi-coma.

Le sixième jour la température s'éleva jusqu'à 40°, le pouls à 120, la respiration à 40.

Les deux oreilles étaient sèches et les tympans brillants.

Je le vis pour la première fois le septième jour, alors qu'il était dans un état de torpeur très accusée.

La température était à 41,3, le pouls à 160 ou au-dessus, faible, bondissant, la respiration à 60 était superficielle et bruyante.

Les yeux étaient fixes, sans aucune réaction à la lumière ou au toucher, tandis que le malade tirait tout le temps sur ses draps et ses couvertures.

Il était impossible de le stimuler car il semblait mourant.

Aucune trace d'humidité du conduit, mais on ne pouvait voir les tympans à cause d'un gonflement des parois du conduit.

Son médecin (Dr D. C. Heyt) me pria de me charger de ce cas si l'opération avait quelque chance de réussir.

A la pression sur la mastoïde droite je déterminais un peu de douleur, aussi me décidai-je à donner au malade une chance de salut en opérant ce côté, me proposant s'il réagissait, d'opérer ensuite l'autre côté, si nous le jugions à propos.

L'examen du sang donnait : globules rouges 3.800.000 ; globules blancs 15.000 ; hémoglobine 70 % ; polynucléaires 80 %.

Première opération. — Le malade est apporté à la salle d'opération et on pratique sur la mastoïde droite la trépanation, suivant la méthode complète, sans anesthésie.

Aussitôt la corticale enlevée, il s'écoule du pus dans lequel l'examen montre du streptocoque pur.

On met à nu le sinus latéral, ainsi que l'étage moyen du cerveau. Le sinus est vide mais présente une couleur jaune sale.

Après avoir dénudé la dure-mère au-dessus de l'attique et de l'antre, on constate que cette membrane est épaissie et recouverte de granulations.

On évacue environ deux drachmes (16 cent. cubes) de pus qui était sous-dural.

Pendant l'opération il s'écoule du nez une grande quantité de pus qui y a pénétré évidemment en passant par la lame criblée.

La nuit suivante, le malade a bien reposé et le lendemain matin la température est tombée à 38°8, le pouls à 120, la respiration à 34.

L'intelligence semble s'éclaircir par intervalles, mais seulement pendant un instant très court chaque fois.

Deuxième opération. — Le lendemain de la 1^{re} opération on opère le côté gauche.

Elle est faite sous l'anesthésie à l'éther, par une opération complète modifiée.

Comme la première fois il sort par le nez du pus dont on n'a pas pu évaluer la quantité.

Le côté gauche était bien moins malade que le droit, et il y avait seulement de la mastoïdite, ce qui prouvait bien que l'abcès sous-dural avait été déterminé par le côté droit.

Le lendemain, c'est-à-dire le 7^e jour de la maladie, le malade était plus à même de répondre un peu aux questions qu'on lui posait, mais à cause de son délire on fut obligé de lui mettre la camisole de force.

La température était tombée à 37°7, le pouls à 100, la respiration à 28.

Il délirait encore et tirillait continuellement ses draps et couvertures.

La jambe droite, enflée, était doublée de volume, et les urines, deux fois plus abondantes qu'à l'ordinaire contenait 3 % de sucre.

En enlevant le pansement, le 3^e jour après la 1^{re} opération, un flot de pus s'écoula de l'oreille droite.

La température, qui était de 38,8 le matin, descend à 36,4 après cette décharge de pus ; pouls à 85, respiration à 22.

Le réflexe papillaire se montra tout d'abord à gauche, et le lendemain à droite.

A partir de ce moment, le malade se rétablit peu à peu.

On enleva la camisole de force après cinq jours.

L'état mental s'améliora graduellement, et deux semaines après l'opération sur le côté droit il était presque normal.

Sous l'influence du traitement le sucre disparut de l'urine dont la quantité redevint normale, et l'enflure de la jambe disparut.

L'audition prise deux ans après l'intervention est normale à gauche et la voie chuchotée est entendue à droite à 20 pieds.

L'écoulement par le nez persista pendant 8 ou 10 jours après les interventions, puis disparut graduellement sans laisser aucune trace apparente du côté des fosses nasales.

Ce cas est intéressant pour les raisons suivantes :

1° La courte durée de l'écoulement de l'oreille droite qui, à la connaissance du malade, n'avait jamais coulé auparavant, et qui, vu le peu d'intensité des douleurs et le peu d'importance de la suppuration, aurait pu échapper à l'examen ;

2° La rapidité avec laquelle se sont faites les complications méningées qui auraient pu amener un dénouement fatal en quelques heures ;

3° L'origine de cas causés, comme chez ce malade, par une infection de l'oreille moyenne consécutive à une affection streptococcique de la gorge ayant paru assez bénigne pour ne pas réclamer les soins du médecin de la famille ;

4° Le soulagement rapide obtenu par un drainage après intervention ;

5° L'infection du sinus latéral droit, sans qu'il y ait eu de thrombose septique ;

6° La guérison d'un malade qui était mourant quand on l'a opéré.

SUR UN CAS DE LARYNGOCÈLE (AÉROCÈLE)

Par le Prof. **ZIA NOURY** (de Constantinople).

Les laryngocèles, quoique connue depuis la publication de Lerrey ¹ et après celui de Virchow ², sont donc une manifestation maladive assez rare. Dernièrement E. Meyer ³ a publié une contribution plus détaillée sur les sacs aériens du larynx, dans laquelle il décrit les diverses formes observées jusque là et fait une étude comparative.

Je me permets de publier le cas suivant que j'ai eu l'occasion d'observer, qui est d'ailleurs d'un intérêt particulier.

Le nommé G. Bedros, âgé de 43 ans, entre à la clinique de la Faculté le 26 avril 1911. A l'interrogatoire il prétend avoir attrapé il y a 15 ans une fièvre typhoïde, dès lors il était toujours bien portant. Avant trois ans il se met à travailler (casse des pierres) par un temps bien froid, il sent une espèce de dyspnée intense avec gonflement de la partie latérale du cou. Cet état dure quelques jours et puis par une salivation abondante la respiration devient normale et le gonflement douloureux du cou diminue. Pourtant la partie gonflée s'enflamme de nouveau, et par le traitement approprié (d'après son dire) il rejette par des quintes de toux des sécrétions purulentes et cette seconde poussée disparaît jusqu'à un certain point, et il lui reste une espèce de tumeur compressible de la grandeur d'une noix et la voix reste rauque. Le malade se présente à notre clinique pour faire remédier à cette raucité de la voix et au ronflement terrible des nuits avec gêne respiratoire périodique.

Elat actuel. — Le malade, d'une constitution forte, présente sur la région sous-maxillaire gauche, juste au devant du rebord du muscle sterno-cléido-mastoïdien un gonflement, qui pendant la respiration tranquille offre la forme et la grandeur d'une noix ; il est logé entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et l'hyoïde. La peau qui le recouvre est d'un aspect normal. Par la compression la tumeur disparaît avec un certain bruit de gargouillement qui s'entend de l'intérieur du larynx. Si le malade fait un certain effort de respiration en fermant la bouche, la tumeur se gonfle et triple de volume. Par la percussion elle donne un son tympanique. Douleur spontanée et provoquée par la compression manque.

Par laryngoscopie. — L'épiglotte libre, la partie gauche du larynx à partir du pli aryéno-épiglottique jusqu'à la corde vocale gauche présente une espèce de gonflement qui masque la glotte et la partie

1. LERREY. Clinique chirurgicale, 1829.

2. VIRCHOW. Die krankhaften Geschwulste.

3. E. MEYER. Archiv für Laryngologie, Bd. XII, 1906.

sous-glottique. La muqueuse sur cette partie gonflée est lisse et d'une couleur rosacée. Pas d'ulcère. La moitié droite du larynx étant libre pendant la phonation on observa clairement que la corde vocale droite, en partie visible, se rapproche vers la gauche, tandis que la partie aryténoïdienne gauche reste masquée par la partie tuméfiée.

Quand le malade reste tranquille on ne remarque aucun état dyspnéique ; quand il fait des mouvements musculaires ou qu'il veut soutenir quelque temps une conversation, la gêne respiratoire l'oblige à se reposer.

Opération. — Sous l'anesthésie locale (alypine 1 %), incision. Sur la partie bombée devant le bord du sterno-cléido-mastoïdien, le sac fut détaché jusqu'à son entrée inter-hyo-thyroïdienne par des coups de ciseaux. Je l'ai ouvert d'abord ; il avait une paroi épaisse à l'intérieur lisse ; il n'en sort que quelques gouttes de mucosité filante, l'examen au doigt permettait à la poche de s'étendre vers le pli ary-épiglottique et jusqu'à l'angle antérieur de la glotte. Par l'effort fait par le malade, l'air sortait avec un sifflement. Le stylet introduit vers le cul-de-sac pouvait passer par un petit trou dans le larynx en provoquant un réflexe, et le malade indiquait bien le contact à l'intérieur de son larynx. En tirant par les bords j'ai excisé la grande partie du sac et le reste fut fermé par des sutures. La plaie extérieure a été suturée en partie et tamponnée à la gaze. Pendant l'intervention le malade sentait quelquefois une gêne respiratoire d'origine réflexe. A la suite de l'intervention le timbre de la voix s'est modifié légèrement, pourtant le ronflement pendant le sommeil a disparu.

Le quatrième jour le malade ayant senti une certaine dyspnée pendant le mouvement, et à l'examen laryngologique la région sus-glottique à côté du sac étant bombée et tendue, j'ai enlevé les sutures et laissé ouvert le sac en mettant un tampon dans la plaie et le malade s'est tenu tout tranquille en ne parlant que tout bas. Après 15 jours la plaie fut cicatrisée ainsi que le sac ; la voix a pris son timbre normal ; à l'examen laryngologique, la corde vocale gauche était bien visible et le gonflement sus-glottique a tout à fait disparu. Ni l'effort, ni les mouvements forcés ne laissent paraître l'ancienne proéminence. Après 3 semaines d'observation l'homme a quitté le service en pleine restitution.

Dans ce cas le sac étant assez étendu et la gêne respiratoire pendant les travaux rendant l'homme infirme, une intervention s'imposait. Vu la manière de commencement de l'affection on peut attribuer l'étiologie à la dilatation cystique d'une glande muqueuse ventriculaire, qui après avoir dégorgé par l'effort, a donné lieu à la formation de laryngocèle. L'examen histologique de la paroi du sac a été malheureusement négligé.

X. — VARIÉTÉ

LA CORRECTION DE L'OBSTRUCTION NASALE PAR L'ORTHODONTIE¹.

(Plaidoyer en faveur du diagnostic précoce et de la correction du développement défectueux du maxillaire.)

Par **W. H. HASKIN** (de New-York).

[Traduction par H. MASSIER, de Nice.]

Comme membre de la Faculté au Collège de chirurgie dentaire et buccale, dans cette ville, j'ai été très intéressé par les nombreuses maladies et irrégularités des apophyses alvéolaires. J'ai vu parmi mes anciens étudiants une classe de cas plutôt rares et curieux et je m'intéresse de plus en plus aux résultats de l'orthodontie. Je suis fermement convaincu des grands bénéfices que l'on peut obtenir dans des cas appropriés d'obstruction nasale par des moyens orthodontiques convenables et je pense que cette branche de la médecine devra nécessairement, dans les circonstances voulues, ressortir du domaine du rhinologiste. La question de l'obstruction nasale et ses conséquences est tellement vaste et touche à tant de branches de notre profession qu'il est impossible de donner dans une seule communication toutes les théories sur sa cause, ses effets, son traitement. Depuis ces dernières années on a attiré de plus en plus l'attention sur l'influence des dents dans le développement de la face. Il est juste de se rappeler le rôle important que joue l'hérédité dans la forme de la face ; que toutes les déviations septales ne causent pas d'obstruction, que l'éruption des dents n'est pas la seule cause des déviations. Nous avons tous vu des cas dans lesquels l'augmentation actuelle de l'espace nasal est de la plus grande nécessité, et que l'on ne peut l'obtenir non seulement par une opération sur la cloison, mais qu'il faut encore recourir à l'enlèvement d'une partie du cornet. L'auteur a obtenu une correction dans quelques cas de cette catégorie par des moyens orthodontiques ; il en donnera la relation de six cas. Il y a une grande divergence d'opinion parmi les dentistes sur le phénomène qui se produit dans les dents, mais les résultats sont tels que nous les désirions et comme ils les obtiennent dans un très grand nombre de cas, contentons-nous d'enregistrer le fait et de mettre à profit leur habileté toutes les fois que cela sera possible. L'auteur présente ce travail avec la conscience des fautes qu'il a pu commettre, mais plein de confiance dans l'intérêt qu'il va susciter et dans les recherches dont il pourra être le point de départ.

Je vais donner l'histoire clinique des six cas que j'ai observés pendant de longues années.

CAS I. — P. M., 10 ans, a été sous ma surveillance toute sa vie, et mon beau-fils depuis 3 ans. Il a toujours respiré par la bouche et chaque hiver a des rhumes à répétition. En 1904, j'enlevais une très grosse adénoïde, mais il y avait peu de soulagement au point de vue respiratoire à cause d'une obstruction nasale causée par une incurvation de la cloison. Je voulus faire une réparation de ce maxillaire il y a quelques années, mais je renvoyais l'intervention à cause de ces rhumes fréquents. En décembre 1910, après une attaque très sévère et prolongée durant laquelle les ethmoïdes laissaient s'écouler un flot abondant et continu de pus, mon associé, le Dr Dwyer, fit une vaccine autogène de cultures pures du staphylococcus aureus et traita le malade avec ce produit pendant environ six semaines. Sous l'influence de ce traitement, la guérison fut rapidement obtenue, la toux et la sécrétion nasale cessèrent et n'ont plus reparu jusqu'à ce jour. L'obstruction nasale cependant persistait et en mai 1911, j'appelai en consultation le Dr E. A. Bogue. Il trouva qu'il y avait une étroitesse légère de la voûte avec, comme conséquence, une certaine occlusion défectueuse. S'il n'y avait pas eu une obstruction nasale marquée, je doute que j'aurais entrepris l'élargissement. Comme la déviation de la cloison avait toujours été pour moi une grande source d'ennuis au cours des nombreux refroidissements, je décidais d'essayer une excision rapide afin de m'assurer si elle aurait ou non une action sur le nez. L'enfant a l'aspect extérieur d'un respireur de la bouche typique, épaules rondes avec omoplates saillantes, poitrine étroite en carène, côtes inférieures en saillie et dénutrition générale. A cause du retard mis à obtenir des dilatateurs corrects, ils ne furent mis en place que 2 jours avant notre départ pour la campagne, ce qui m'obligea à faire les corrections quotidiennes qui m'étaient fixées par des instructions écrites très explicites. L'écartement total fut obtenu en 2 semaines sans causer aucune douleur, et on put le constater nettement par la séparation actuelle des deux incisives. Le Dr Bogue reprit la direction du traitement à notre retour en septembre. Je lui persuadais d'enlever tout l'appareil et de le remplacer par une plaque de caoutchouc dur pour la mâchoire supérieure, de façon à maintenir la séparation. Je sentais que les ressorts du côté des arcs dentaires contrariaient l'action musculaire des lèvres et rendaient aussi plus difficile pour l'enfant l'occlusion de la bouche, deux actes très importants. Au bout de deux mois, l'occlusion est beaucoup mieux que ce qu'elle a jamais été et l'habitude de tenir la bouche ouverte a complètement disparu. Les lèvres se rejoignent chaque nuit spontanément. La cloison s'est redressée et ne presse plus sur les cornets. L'hiver n'a jamais été aussi bon. L'enfant a grandi et grossi de 8 livres; il n'a pas manqué l'école un seul jour et, pour la première fois de sa vie, il a joué avec ses camarades tous les jours de vacances. Il n'a plus souffert d'énurésie. Je regrette que la séparation n'ait pas

été faite quand je la proposais la première fois, car il s'est écoulé plusieurs années durant lesquelles on crut que le temps n'arriverait jamais où il serait bien. Comme il avait toujours été un enfant nerveux, je craignais que le travail dentaire n'aggravât cet état, mais je vois maintenant qu'il n'en aurait rien été et je pense qu'il est regrettable d'avoir perdu du temps, car la réparation actuelle a été rendue plus difficile, les dents étant en période de transition, c'est-à-dire les temporaires étant tombées et les permanentes n'étant pas encore assez sorties pour qu'on pût s'en servir.

CAS II. — M. B., dix ans, a été aussi surveillée par moi depuis sa naissance, car c'est la fille d'un ami intime et la camarade de mon fils. Elle a toujours causé beaucoup d'ennuis à ses parents. En 1905 j'enlevais une grosse adénoïde sans qu'il se manifestât une amélioration marquée. Sheppard, de Brooklyn la réopéra en 1909, sans amélioration ; on la transporta alors de Brooklyn à Rye, dans l'espoir que le grand air la guérirait. Ayant conseillé aux parents d'essayer la dilatation rapide ils la montrèrent à un orthodontiste qui leur ordonna de faire enlever l'adénoïde avant d'entreprendre tout travail dentaire et ils allaient consulter un autre rhinologiste dans cette ville quand je les engageais à revoir le Dr Sheppard. Celui-ci leur assura qu'il n'y avait pas d'adénoïdes et que l'obstruction était due à une courbure de la cloison. Le Dr Bogue prit la malade en mains et lui fit ce qu'il avait fait à mon enfant.

Le 12 février 1912, j'examinais son nez et je trouvais une respiration nasale libre et un redressement net de la cloison. Les résultats chez cette enfant furent remarquables. Auparavant elle était molle et apathique, extrêmement pâle, sans énergie et pesant 59 livres seulement. Depuis la dilatation elle ne fut pas un seul jour malade même au cours de l'hiver rigoureux, elle est en tête de sa classe dans toutes ses études, elle est active et énergique et a gagné 8 livres dans 6 mois, ce qui est plus que ce qu'elle avait gagné antérieurement en 3 ans. Ce cas était aussi difficile à soigner en raison de l'époque transitionnelle d'éruption. Il n'y avait pas d'irrégularité marquée des dents, sauf un rétrécissement de l'arcade dentaire et une légère voûte de l'arc palatal.

CAS III. — H. M., 12 ans, me fut présenté en mars 1907. Il était d'une taille au-dessus de la normale, pâle, des derniers de sa classe avec des absences fréquentes pour cause de maladie. C'était un respireur de la bouche des plus accusés avec des incisives procidentes et une occlusion défectueuse très marquée et un palais en ogive. Il avait de très grosses amygdales et une grosse adénoïde, avec une obstruction nasale très prononcée due à une déviation septale. J'enlevais les amygdales et l'adénoïde sans amélioration de l'obstruction nasale ; je l'envoyais alors au Dr Merritt pour régulariser cet état. J'ignore quelle méthode on a suivie dans ce cas, mais les résultats furent des meilleurs. Je revis cet enfant en février 1912 et j'eus peine à le reconnaître. Il avait grandi de 4 pouces et était à tous les points de vue un garçon solide et bien portant. Il n'a jamais été

malade depuis que ses dents ont été redressées et depuis cette époque a toujours respiré par le nez. Il a encore une déviation de l'arc pré-maxillaire, mais la voussure du septum a disparu et sa respiration nasale est libre.

CAS IV. — W. M., 12 ans. La mère de cet enfant mourut à sa naissance et il fut toujours délicat et très nerveux, élevé dans le luxe. A 7 ans il fut opéré d'amygdales et de végétations, mais il fut toujours un respireur de la bouche. Je surveillais cet enfant de longues années, mais je n'étais pas son médecin et c'est pour cela que je ne sais pas ce qu'on lui fit jusqu'en 1910. Ce fut l'enfant le plus nerveux que j'aie jamais connu et j'eus l'impression qu'il avait la danse de Saint-Guy. A cause de la difformité causée par la saillie de ses dents et sa bouche largement ouverte, on le conduisit chez un orthodontiste. Le traitement fut très heureux. Toute l'irritation nerveuse exaspérée disparut, l'enfant est devenu plus grand et est ridiculement gros et actuellement n'est jamais malade. C'est un neveu de ma femme, je le vois fréquemment et je suis persuadé que cette amélioration date entièrement du jour où l'on commença la régularisation de la dentition.

CAS V. — H. M. a maintenant 20 ans, et j'ai pris soin d'elle depuis l'âge de 2 ans, sauf pendant une période de 7 ans où sa famille résidait à l'étranger. En 1906, je fus appelé parce qu'elle avait une amygdalite grave et je fus frappé de l'état de sa bouche. Elle avait été pendant 2 ans en traitement chez un dentiste qui avait régularisé ses dents. Je n'ai jamais vu une bouche dans de pareilles conditions. Les gencives étaient dans un état horrible avec de la pyorrhée et la pauvre fille était sur le point de tomber dans une prostration nerveuse causée par l'angoisse à laquelle elle était assujettie 2 fois par semaine. Je compris qu'il était de mon devoir de la conduire chez un autre orthodontiste. Il enleva immédiatement tout l'appareil et après un nettoyage complet elle fut rapidement guérie de tous les accidents gingivaux ; il met en place ensuite un nouvel appareil et au bout de peu de temps il arrangea les dents sans aucune douleur. C'est maintenant une belle fille, d'une splendide santé, assez résistante pour se lancer dans le tourbillon de la vie mondaine de New-York. Ce cas démontre combien il faut être soigneux dans le choix du travail prothétique que l'on doit entreprendre, à moins d'être absolument sûr du praticien à qui on la confie. Le premier opérateur, à en juger par la mauvaise occlusion et la torture infligée après deux mois de travail, n'avait aucune idée d'un plan déterminé selon lequel il avait à travailler et le nombre des attaches dans la bouche était incroyable.

CAS VI. — F. D., 20 ans. Cette jeune femme était professeur et se fiança avec un jeune homme riche. Elle a toujours été vivement sensible d'apparence ; les incisives sont saillantes, la voûte palatine étroite et lui donnent un visage peu aimable. Je lui conseillais d'aller voir le Dr Merritt qui réussit à lui remodeler sa bouche de la façon la plus satisfaisante. Par un effort persistant elle développa graduellement sa lèvre supérieure et actuellement elle respire totalement par le nez. Ce travail fut fait il y a 10 ans et fit sur moi une pro-

fonde impression à cause de la grande amélioration de l'état général.

Les cas ci-dessus sont trop peu nombreux pour qu'on en tire quelque conclusion, mais ils présentent quelques caractères communs que j'ai notés en les suivant :

- 1° Tous ont grandement bénéficié dans leur état général ;
- 2° La respiration buccale a été vaincue dans tous les cas ;
- 3° Dans cinq cas des examens récents ont montré l'agrandissement de l'espace nasal et des cloisons droites ou presque droites ;
- 4° Ces malades ne sont plus sujets à des rhumes à répétition dont ils étaient affligés avant la régularisation dentaire ;
- 5° Les adénoïdes ont été enlevées dans cinq cas sans suppression de la mauvaise respiration buccale habituelle ;
- 6° La régularisation dentaire devrait être faite beaucoup plus tôt dans tous les cas, mais, malgré cela, ils en reçoivent tous un grand bénéfice ;

7° Sauf dans un cas qui fut mal traité tout d'abord, il n'y eut aucune douleur et les malades présentaient une amélioration immédiatement après le début du traitement.

C'est fâcheux que le rhinologiste n'ait pas travaillé avec l'orthodontiste dans le passé, car nous aurions pu ainsi mieux juger nos résultats et être capables de donner à nos malades le bénéfice de notre expérience. Mes six cas sont devenus des respirateurs du nez bien qu'ils n'aient pas eu le bénéfice de l'enlèvement des adénoïdes. Ils ne souffrent plus de rhumes à répétition et je n'ai pas la crainte d'avoir à opérer leur nez. La santé générale et le développement corporel ont montré une telle amélioration que nous sommes obligés de reconnaître que le bénéfice en est dû à l'augmentation de l'espace nasal assuré par l'orthodontiste. Si les résultats ont été obtenus sur ces cas tardifs, à plus forte raison seront-ils meilleurs chez les enfants où le travail pourra être précoce et les aideront-ils ainsi au moment de leur plus rapide développement et préviendront-ils peut-être les difformités d'un développement défectueux. Nos traités de rhinologie ignorent pratiquement ce sujet. Dans l'étude de l'anatomie des milliers de crânes ont été examinés par de nombreux observateurs, et dans tous, à face large ou étroite, on a noté un pourcentage très étendu de déviation de la cloison.

(A suivre.)

REVUES ET COMPTES RENDUS

I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

I. — XV^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Tenu à Venise du 17 au 21 septembre 1912.

Président : C. POLI (Gênes).

Secrétaire-rapporteur : F. BRUNETTI (Venise).

Le Congrès a tenu ses séances à l'Athénée Vénitien; il fut inauguré en présence des autorités gouvernementales et municipales et de nombreux médecins italiens et étrangers. En rendant compte de l'œuvre accomplie au cours des deux dernières années, le Président constate les progrès de la spécialité en Italie et souhaite la bienvenue aux confrères étrangers.

PUTELLI prend la parole au nom du comité local d'organisation; GRAZZI remercie les collègues vénitiens de leur cordial accueil et enfin GRADENIGO propose d'envoyer un souvenir reconnaissant au D^r TONIETTI qui est actuellement à Tripoli, tandis que MASSEI signale l'œuvre patriotique du D^r ROSATI.

Première séance, 17 septembre.

Rapport sur le traitement des maladies des voies respiratoires par les inhalations, par F. LASAGNA et V. NICOLAÏ.

F. Lasagna (Parme) expose sommairement les divers procédés d'inhalation au moyen d'appareils variés; il énumère les indications de cette thérapeutique et l'action exercée sur les voies respiratoires par les inhalations d'eaux sulfureuses et iodurées sodiques.

V. Nicolaï (Milan), pour compléter sa communication de l'an dernier, rapporte les résultats d'une série d'observations tendant à envisager au point de vue anatomopathologique les modifications apportées par les inhalations à l'hypertrophie de la muqueuse nasale.

Lasagna a expérimenté les pulvérisations humides d'Adams, les inhalations de Siegle et les irrigations nasales avec de l'eau de 2° à 8° de densité Beaumé de Salsomaggiore et il a constaté que dès le début de la cure, les muqueuses se décongestionnaient progressivement et finissaient par se resserrer. L'action thérapeutique semble due à l'iode qui agit localement et par absorption. Ces eaux seraient nuisibles chez les nerveux, les tuberculeux et les cancéreux.

Ensuite, Lasagna étudie l'influence des inhalations sulfureuses sur les voies respiratoires.

Par l'emploi des eaux sulfureuses calciques de Tabiano contenant 75 c. c. % d'acide sulfhydrique chez des sujets atteints de catarrhes fétides, d'ozone ou de syphilis, l'auteur a obtenu d'heureux effets au

point de vue de la congestion de la muqueuse et de la fluidité du mucus. Il attribue ce fait à l'absorption du sang par l'acide sulfhydrique qu'il a pu vérifier en expérimentant sur des animaux.

L'oxygène et l'air filtré médicamenteux sous pression en otorhino-laryngologie et dans le traitement des affections broncho-pulmonaires, par AMBROSINI (de Milan). — L'auteur propose de remplacer la balle de caoutchouc d'un pulvérisateur ordinaire chargé de substances médicamenteuses par un bidon d'oxygène pur sous pression ou de l'air filtré et comprimé de manière à simplifier la méthode puis il étudie le volume des bulles et énumère les médicaments communément employés.

Les inhalations sèches par l'eau-mère de Montecatini, par TOMMASI (de Lucques). — L'auteur a constaté que les cristaux obtenus par la pulvérisation de l'eau-mère de Montecatini au moyen de l'appareil Stefanini-Gradenigo ont une dimension inférieure de moitié à ceux que l'on obtient en pulvérisant de l'eau de Salsomaggiore déminéralisée à 16° Beaumé et que les cristaux sont d'autant plus réduits que la force de propulsion de l'évacuation de l'air progresse.

L'appareil de Hentschel pour les inhalations médicamenteuses, par CITELLI (de Catane). — Ayant constaté expérimentalement que les liquides pulvérisés au moyen de cet appareil, peuvent pénétrer jusqu'à l'extrémité des bronches, l'auteur appliqua la méthode dans plusieurs cas et obtint de bons résultats pour le catarrhe et la tuberculose des voies respiratoires; il réussit aussi à prévenir des crises d'asthme et des catarrhes aigus et chroniques du nez.

COMMUNICATIONS RHINOLOGIQUES.

Hypophysiectomie par la voie transpalatine, par BROECKAERT (de Gand). — L'auteur propose un moyen consistant à inciser le voile du palais sur la ligne médiane, à décoller des lambeaux et à détruire des lames horizontales du palais et de la portion postérieure de la cloison nasale. On ouvre le sinus sphénoïdal par sa face antéro-inférieure, sur la ligne médiane, afin de pouvoir démolir le fond de la selle turcique. L'opération est effectuée sous anesthésie, en s'aidant de l'intubation par la voie buccale de Kuhn.

Nicolaï, Massei, Gradenigo et Citelli prennent part à la discussion.

Sur quelques cas de prothèse nasale externe par des injections de paraffine (procédé Lagarde), par CECCARONI (de Meldola). — L'auteur montre plusieurs photographies et relève les mérites de la méthode consistant à employer de la paraffine solide qui est supérieure aux autres moyens en usage, tant au point de vue des résultats que de l'absence de complications.

Un cas de rhinoplastie par le procédé de Von Hacker, par CECCARONI. — L'auteur présente une malade opérée par cette méthode avec un bon résultat esthétique, mais chez laquelle il fallut appliquer un petit tube métallique pour dilater les narines.

Sur le développement du sinus frontal, par F. LASAGNA. — D'après

l'auteur, trois cellules ethmoïdales peuvent envahir l'os frontal ; ce sont : la cellule antérieure qui représente le sinus frontal classique, la cellule médiane qui se développe en arrière de la précédente et peut atteindre latéralement l'apophyse externe de l'orbite, et enfin la cellule postérieure qui siège dans l'épaisseur de l'apophyse clinéoïde antérieure. Il peut advenir qu'une fois développées complètement, les trois cellules présentent trois orifices ou bien qu'elles fusionnent en une cavité unique.

Observations radiographiques sur les sinus du nez dans un cas d'oxycéphalie, par POPPI (de Bologne). — L'auteur montre des radiogrammes effectués sur un garçonnet de 14 ans atteint d'oxycéphalie et de cécité complète et révélant la dépression du sinus sphénoïdal, la synostose de plusieurs sutures et l'ossification du ligament stylohyoïdien. L'auteur relève l'importance de ces recherches au point de vue du diagnostic différentiel des altérations crâniennes.

Dent supplémentaire dans la cavité du sinus maxillaire gauche, par BRUZZONE (de Turin). — Il s'agit d'une canine saine que l'on découvrit au cours d'une intervention à l'intérieur d'un sinus maxillaire atteint d'inflammation chronique. L'auteur impute cette anomalie, qui dépend vraisemblablement d'une altération de développement de l'os intermaxillaire, à une surproduction des germes de l'émail et à la formation d'un germe indépendant, ainsi qu'on l'observe pour la dent de sagesse.

Recherches sur la pathogénie des polypes du nez et de l'oreille, par PUSATERI (de Palerme). — D'après une série de recherches bactériologiques effectuées dans 41 cas de polypes du nez et de l'oreille, contrairement à certains auteurs, Pusateri ne croit pas devoir attribuer aux divers microorganismes qu'il a rencontrés, une importance étiologique au sujet de l'inflammation.

Granulome de la fosse nasale engendré par un corps étranger, par CLERC (de Pallanza). — Chez un jeune homme de 20 ans, atteint d'une occlusion de la fosse nasale droite, l'auteur excisa une tumeur pédiculée, de la dimension d'une noix, insérée sur le cornet moyen et développée autour d'un fragment de cordon reconnaissable macroscopiquement et microscopiquement à de nombreux fils de soie. Ce fait démontre que le corps étranger, après avoir nécrosé la muqueuse, peut être englobé dans le tissu néoformé.

Syphilome nasal de la cloison nasale à type néoplasique, par CALAMIDA (de Milan). — Au sujet d'une observation personnelle, l'auteur attire l'attention sur une forme rare et qui, au point de vue clinique, peut être confondue avec d'autres affections (épithélioma, sarcome) offrant des caractères objectifs de similitude.

Syphilide primitive de la cloison nasale traitée par le 606, par ARTELLI (de Bologne). — On pratiqua deux injections d'arsénobenzol Billon (de 23 centigr. chacune) espacées de 10 jours. Le syphilome qui se manifestait sous la forme d'une énorme tuméfaction du septum nasal disparut rapidement.

Sur la cure chirurgicale des sinusites frontales, par ARSLAN (de Padoue).

Sur la technique de la résection sous-muqueuse de la cloison, par GAVELLO (de Turin). — En se basant sur une centaine de cas opérés, l'auteur préconise le procédé de Killian sans se préoccuper outre mesure du lambeau de muqueuse du côté convexe, mais plutôt du lambeau du côté concave.

Retrait du tampon effectué sans douleur après la turbinotomie, par DE CIGNA (de Gênes). — L'auteur propose un type de tampon constitué par un tampon de gaze dont l'extrémité antérieure qui s'introduit dans le nez est munie d'un capuchon de *caoutchouc* très mince et percé de trous pour faciliter le drainage. Ce tampon peut être stérilisé et au bout de dix ou douze heures, on l'extraît sans douleur ni hémorragie secondaire.

Ostéome volumineux du sinus sphénoïdal guéri par une opération, par CITELLI. — L'auteur montre un gros ostéome excisé du sinus frontal gauche d'un jeune homme de 18 ans, qui avait envahi l'orbite et s'insérait sur les cellules ethmoïdales. Il était formé d'une substance éburnée à rayons concentriques. L'opération fut suivie de guérison par première intention.

Enchondrome calcifié du nez, par BIASIOLI (de Tarente). — Cette tumeur, originaire de la paroi externe de la fosse nasale droite, se manifesta vers la 20^e année et progressa en 17 ans au point d'obstruer totalement la narine. On diagnostiqua d'abord un ostéome, puis on reconnut à l'examen microscopique qu'il s'agissait d'un enchondrome calcifié. L'ablation fut pratiquée par les voies naturelles, au moyen d'une scie.

Sur un cas particulier de périthélioma du maxillaire supérieur, par ALAGNA (de Palerme). — Tumeur du maxillaire supérieur à marche lente chez un individu de 36 ans, qui finit par envahir progressivement les deux narines. L'examen histologique, fait à plusieurs reprises, démontra qu'il s'agissait d'un périthélioma.

Angiosarcome du maxillaire supérieur et du rhino-pharynx. Résection totale et prothèse immédiate du maxillaire, par ARLOTTA (de Milan). — Dans un cas de résection totale du maxillaire supérieur pour angiosarcome effectuée par le procédé de Martin, l'auteur a pratiqué une prothèse immédiate en appliquant sur le fragment osseux excisé un appareil d'aluminium amovible par de simples moyens de contention endobuccale.

Kystes naso-pharyngiens, par BRUZZONE. — Il s'agit d'une tumeur rhino-pharyngienne observée chez un jeune homme de 17 ans. D'après son volume, sa consistance et son implantation sur la voûte, on l'interpréta d'abord pour un fibrome, mais à l'opération, on reconnut un kyste à contenu muqueux provenant vraisemblablement de résidus adénoïdiens.

Hémoangioendothéliome de la cavité rhino-pharyngienne, par BIASIOLI. — Cette tumeur, issue du pharynx nasal d'un vieillard de 72 ans, se développa en cinq mois et envahit partiellement les fosses nasales. La tumeur pédiculée et privée d'adhérences, fut aisément excisée et ne récidiva pas.

Ablation d'une sangsue enclavée depuis 15 jours dans le cavum rhino-pharyngien, par BIASIOLI. — Le malade avala la sangsue en buvant; le parasite manifesta son existence par des épistaxis et une sensation de plénitude; on l'extirpa au moyen d'une pince introduite dans la bouche.

Deuxième séance du 18 septembre.

Président : C. POLI.

Rapport : Sur l'application de la phonétique expérimentale à la clinique, par G. GRADENIGO (de Turin) et C. BIAGGI (de Milan). — Les rapporteurs ont divisé leur travail en deux parties. Dans la première, ils envisagent les divers modes d'examen traitant du mécanisme et de l'acoustique de la phonation et en particulier des mouvements des voyelles isolées étudiées à l'extérieur et à l'intérieur, et des ondes aériennes associées à la phonation ainsi que des vibrations des organes phonatoires. La seconde partie concerne l'étude des applications de la phonétique expérimentale, tant au point de vue de l'hygiène vocale que de la pathologie et de la thérapeutique des organes vocaux.

PANCONCELLI-CALZIA (Hambourg). L'auteur qui représente au Congrès le laboratoire de phonétique du collège pour les langues coloniales de Hambourg dont il est le directeur, présente une série d'appareils et communique ses recherches. Les instruments les plus récents, sont le *laryngographe Calzia Schneider* destiné à enregistrer les vibrations laryngiennes susceptibles de réagir à plus de 900 v. d. à la seconde, et l'*autophonoscope* Panconcelli-Calzia permettant l'auto observation des mouvements des cordes vocales qui peuvent être contrôlés simultanément par une autre personne.

Ensuite, l'auteur présente des tracés reproduisant la respiration des phonasthéniques avant et après le traitement par la gymnastique respiratoire et des radiographies montrant la position du larynx dans un cas de diplophonie et pour l'émission des cinq voyelles, ainsi que certains tracés phonographiques au moyen de l'appareil de Lioret.

Étude graphique de la respiration en cas de sténose des premières voies aériennes, par BILANCIONI (de Rome). — Ayant étudié 20 sujets, dont six adénoïdiens, deux porteurs de tumeurs des fosses nasales, sept malades atteints de sténose organique du larynx et cinq trachéotomisés, l'auteur conclut que, chez les adénoïdiens, le rythme respiratoire est irrégulier, moins fréquent et moins ample, tandis qu'il ne subit aucune altération en cas de sténose laryngienne bien qu'il soit plus profond et plus fréquent. Après la trachéotomie on observe une inversion du rythme physiologique avec prépondérance de la phase inspiratoire sur la phase expiratoire.

Laryngectomie pour cancer intrinsèque et appareil de prothèse respiratoire et phonatoire, par NICOLAÏ. — Description d'un procédé de laryngectomie appliqué avec succès et présentation d'un appareil prothétique aidant à la respiration et à la phonation.

COMMUNICATIONS PHARYNGOLOGIQUES.

Nouvelles recherches sur les rapports circulatoires existant entre la base du crâne et la voûte pharyngée, par CITELLI. — Sur 15 bases sphénoïdales provenant d'adultes et de jeunes gens, l'auteur a remarqué quatre fois la persistance du conduit crânio-pharyngien, complète dans trois cas et incomplète dans le dernier cas. Ainsi se trouvent confirmés une fois de plus les rapports physiopathologiques existant entre la voûte du pharynx et l'hypophyse.

A propos de la formation du palais, par DELLA VEDOVA (de Milan). — L'auteur commence par faire allusion à ses précédentes recherches, puis d'après de nouvelles observations, il admet une certaine instabilité quant à l'époque de la constitution du palais qui se vérifierait entre la fin du second et du troisième mois.

Symphyse palato-pharyngée, par TORRETTA (de Gênes). — Il s'agit de trois cas, dont l'un consécutif à une adénotomie, dans lesquels l'intervention fut suivie d'une prothèse au moyen d'un appareil de caoutchouc durci ayant pour but d'obvier à la rétraction des couches connectives incisées.

Amygdale épistaphyline anormale, par D'AJUTOLO (de Bologne). — Chez un enfant de 7 ans, auquel l'auteur avait 13 mois auparavant pratiqué une tonsillotomie palatine bilatérale avec adénotomie, il enleva à l'anse froide une tumeur de la dimension et de la forme d'une grosse molaire implantée sur la face supérieure du voile palatin auquel elle était insérée par un court pédoncule. L'examen histologique démontra qu'elle était constituée par du tissu lymphoïde et l'auteur croit qu'il s'agit de l'hypertrophie d'un gros mamelon adénoïdien engendrée par l'irritation consécutive à l'opération.

Sur la physiologie des amygdales palatines, par CALDERA (de Turin). — D'après une série d'expériences tendant à étudier l'action des extraits tonsillaires aqueux par la voie endoveineuse, l'auteur croit devoir conclure que les amygdales sont de simples organes lymphatiques et non des glandes à sécrétion interne.

Au sujet de certaines formes de troubles subjectifs du pharynx, par MANCIOLI (de Rome). — Sur des individus accusant une sensation de corps étranger pénible dans le pharynx, l'auteur a toujours découvert à la base de la langue des varices parfois unilatérales dont la cautérisation provoqua toujours l'amélioration et parfois la guérison.

Sur un cas de tumeur mixte du voile palatin, par ALAGNA. — Malade de 55 ans affecté d'une tumeur volumineuse du voile palatin accompagnée de troubles de la déglutition et de la respiration nasale. L'examen histologique révéla la présence d'un tissu lipo-myxomateux dont les cellules adipeuses étaient constituées par un mélange d'éther, de glycérine et de cholestérine.

A propos d'une lésion syphilitique particulière des amygdales palatines, par CITELLI. — Description d'une affection des tonsilles palatines observée sur deux syphilitiques et caractérisée par le gonflement spongieux de l'amygdale présentant un aspect lisse et une colo-

ration d'un blanc rosé différant des plaques muqueuses. Le traitement anti-syphilitique entraîna la guérison dans les deux cas.

Observation rare d'amygdalite lacunaire avec une abondante collection caséuse, par GATTESCHI (de Florence). — Cas remarquable par l'abondance extraordinaire de la collection caséuse et l'hémorragie veineuse qui se produisit lors de l'intervention.

Hémostase dans la tonsillectomie, par CANESTRO (de Gênes). — L'auteur montre un nouveau modèle de pince, dérivé d'une modification de la pince hémostatique de Blunck et qui d'après lui enrayerait les hémorragies consécutives à l'ablation des amygdales.

Kystes du sinus piriforme, par CANEPELE (de Bologne). — Il s'agissait d'une tumeur de forme ovoïde, rosée, gélatineuse, occupant le sinus piriforme gauche d'une jeune femme. Lors de l'extraction, elle se rompit et livra passage à une petite quantité de liquide ; elle récidiva, et la cautérisation à l'acide chromique amena la guérison.

(A suivre.)

II. — ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

Réunion à Liverpool, juillet 1912 (suite).

SECTIONS RÉUNIES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

Président : John MIDDLEMASS-HUNT.

Compte rendu par DAN MAC KENZIE (de Londres).

Traduction par KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Discussion sur le diagnostic différentiel des rétrécissements de l'œsophage, par le prof. Otto KÄHLER. — Après avoir parlé des anciens procédés employés pour le diagnostic des rétrécissements de l'œsophage, la sonde, l'auscultation, la radioscopie et la radiographie, il montre les avantages de l'œsophagoscopie. Il emploie de préférence l'instrumentation de Brünings. A propos des corps étrangers de l'œsophage, il cite une erreur due à une ossification du cartilage thyroïde qui avait fait mal interpréter la radiographie. L'auteur rappelle que Guisez a décrit trois formes de tuberculose de l'œsophage : 1° la tuberculose secondaire consécutive à une perforation par des glandes tuberculeuses ; 2° la forme ulcéreuse ; 3° la tumeur tuberculeuse.

Tumeurs malignes et diverticules de l'œsophage, par WEIGGETT. — Dans les trois quarts des cas les affections de l'œsophage sont malignes. La dysphagie avec régurgitation de matières alimentaires alcalines, l'amaigrissement, la douleur, la paralysie du récurrent et du sympathique, quoique plaidant en faveur d'une affection maligne, ne suffisent pas pour affirmer le diagnostic. Il ne faut pas non plus compter sur le rejet d'un fragment de tumeur qu'on pourrait alors analyser, et la présence du sang dans les vomissements ne donne pas davantage de certitude. Le passage d'une sonde n'est pas sans dangers. Nous disposons au contraire actuellement de deux méthodes sûres de diagnostic, les rayons X et la méthode directe. Avec les rayons X on peut préciser le siège du rétrécissement, et voir en même

temps si la cause du rétrécissement est intrinsèque ou extrinsèque.

En prenant des précautions et en évitant d'aller trop loin, l'œsophagoscope n'offre pas de danger. Le tube doit être maintenu à une certaine distance de la tumeur et on peut alors prélever un fragment pour analyse. Le mandrin rend des services, mais on ne doit enfoncer le tube que sous le contrôle de la vue.

On atténuera la douleur de l'introduction en couchant le malade et en lui faisant une injection de morphine et d'atropine, néanmoins l'anesthésie générale s'imposera dans certains cas.

Chez certains sujets l'œsophagoscopie est rendue impossible comme dans les cas d'ankylose du cou chez les vieillards, mais ces cas sont rares.

Quant à ce qui est des diverticules, ils constituent généralement ce qu'on pourrait appeler des diverticules par traction, et sont le résultat de cicatrisation de ganglions bronchiques malades. Ils donnent rarement lieu à des symptômes spéciaux et sont le plus souvent découverts à l'occasion d'un examen œsophagoscopique, du moins ceux qui siègent un peu loin dans l'œsophage.

Mais quand ils se trouvent situés à la partie supérieure, dans la région pharyngienne, le diagnostic est plus facile et en est même fait souvent par le malade lui-même qui constate que les aliments s'amassent au niveau du cou dans une poche qui se distend, constituant une vraie hernie, et qu'ils arrivent à vider eux-mêmes aisément.

Rétrécissements de la partie inférieure de l'œsophage avec quelques considérations spéciales sur ceux d'origine spasmodique, par BROWN KELLY. — Les symptômes d'obstruction au niveau du cardia sont : 1^o difficulté de faire passer le liquide ou les aliments dans l'estomac ; 2^o gêne ou douleur à la région épigastrique ; 3^o vomissements ou plutôt régurgitations survenant sans efforts après le repas, sans nausée ; 4^o salivation abondante ; 5^o amaigrissement, faiblesse, cachexie.

Le rétrécissement du bout terminal de l'œsophage peut être dû : à un cancer de l'œsophage ou de la région cardiaque ; à une tumeur médiastinale déterminant une compression du conduit ; à des cicatrices ; à une hypertrophie idiopathique de la musculature de l'œsophage ; à un spasme.

Cancer. — L'extrémité inférieure de l'œsophage est le siège d'élection du cancer. Le principal et souvent le seul symptôme est la dysphagie aggravée par le spasme. La présence de sang dans les matières vomies et une tendance aux hémorragies appartiennent à ce cancer, qui présente à l'examen direct, des aspects différents. Quelquefois c'est le type sous-muqueux qui ressemble à certaines affections spasmodiques et est souvent difficile à diagnostiquer au début, mais bientôt la surface s'ulcère ou devient nodulaire.

Il peut se faire qu'à un stade plus avancé la tumeur intéresse toute la circonférence, déterminant une constriction annulaire.

Lorsque le cancer intéresse la région diaphragmatique l'examen est beaucoup plus difficile.

Sténose par compression. — La sténose de la région du cardia, par suite de compression extra-œsophagienne est presque toujours consécutive à une tumeur du médiastin. Guisez en a signalé un cas à la suite d'un anévrisme de l'aorte, et un autre de cancer du foie. Une tumeur de la grande courbure peut agir de même.

Cicatrices. — Le diagnostic s'imposera si on apprend que le malade a avalé un liquide caustique. Ce rétrécissement se forme très lentement. Mais souvent le malade attribuera sa dysphagie à une cause de ce genre, alors qu'en réalité il s'agit d'une tumeur. La sonde et les rayons X pourront donner quelques indications sur le siège et le degré du rétrécissement mais seule l'œsophagoscopie donnera des renseignements nets. Il peut y avoir plusieurs rétrécissements superposés. Hypertrophie musculaire idiopathique. On n'en cite que quelques observations dont celle d'Elliesen, bien typique. L'œsophage était converti dans presque toute sa longueur en un tube rigide, épais, uniforme; mais le calibre du conduit reste intact en général dans ces cas et il n'y a pas de dysphagie. On pourrait attribuer cette hypertrophie du tissu musculaire à du spasme.

Paralysies. — Très rare. Les symptômes ici pourront être confondus avec ceux que donne le rétrécissement du cardia. Le malade aura de la peine à avaler les aliments solides, tandis que les liquides passeront facilement. L'œsophagoscope pénètre d'autant plus aisément que les parois de l'œsophage paraissent insensibles.

Affections spasmodiques. — C'est une affection dont on ne connaît pas bien l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la clinique. Le spasme peut être primitif ou secondaire. C'est ainsi que dans le cancer de l'œsophage il n'est pas rare qu'on constate au début une impossibilité complète d'avalier qui disparaît complètement après quelque temps. Un malade qui a un cancer de l'extrémité inférieure du conduit localisera la dysphagie à la partie supérieure; à cause du spasme. La facilité de la déglutition chez des malades porteurs de rétrécissements cicatriciels peut varier d'un jour à l'autre.

Aspect de l'œsophage dans le cardio-spasme. — L'aspect de la lumière de l'œsophage varie avec les malades, et chez le même malade peut varier d'un moment à l'autre; on n'y constate quelquefois rien d'anormal; la muqueuse dans certains cas est pâle, d'autres fois congestionnée par le séjour des aliments. En introduisant la sonde on éprouve d'abord une certaine résistance qui ne tarde pas à disparaître, soit spontanément, soit par les attouchements à la cocaïne.

Diagnostic du cardio-spasme sans dilatation. — Si, après avoir pris toutes les précautions nécessaires, on éprouve de la difficulté à pénétrer dans l'estomac, il y a lieu de songer à une affection maligne, et les essais devront alors être faits avec la plus grande douceur. De même qu'on n'enfoncera le tube que sous le contrôle de la vue, s'il y a urgence, qu'on fasse d'abord la gastrostomie, et on remettra le diagnostic à plus tard.

Dilatation de l'œsophage. — A la suite d'une sténose au niveau du

cardia, il peut se former une dilatation de l'œsophage immédiatement au-dessus, dilatation plus ou moins accusée. Quand elle est très marquée et qu'elle coïncide avec une obstruction de l'extrémité inférieure de l'œsophage, on soupçonnera fortement du cardio-spasme.

Symptômes. — Quelquefois une dilatation de l'œsophage est une trouvaille d'autopsie, mais en général elle se manifeste par quelques symptômes. Ceux-ci se déclarent quelquefois soudainement et d'une manière très accusée, dont le plus fréquent est la dysphagie ; d'autres fois ils mettront très longtemps à évoluer. Un signe caractéristique de la dilatation c'est la régurgitation, sans nausées ni efforts, d'aliments non digérés et de mucus, laissant croire dans certains cas à une maladie d'estomac.

Rumination. — Difficile parfois à distinguer de la régurgitation. La rumination est souvent héréditaire ; on a quelquefois trouvé une sténose du cardia.

Diagnostic. — Les rayons X donnent quelques renseignements, mais c'est surtout par l'endoscopie qu'on établira ce diagnostic.

Etiologie des dilatations de l'œsophage. — C'est Mikulicz le premier, qui, en 1882, en faisant un examen œsophagoscopique de cette affection, la rattacha à un spasme du cardia, et lui donna ce nom de cardio-spasme.

Le spasme du cardia est-il primitif, par WILLIAM HITT. — L'auteur qui a une compétence très grande en œsophagoscopie, a récemment publié un travail dans lequel il réfute cette théorie du spasme primitif de l'extrémité cardiaque de l'œsophage, en faisant remarquer que les fibres musculaires circulaires de la partie inférieure de l'œsophage sont très faibles et, en quelque sorte, plus faibles que partout ailleurs, autrement dit qu'il n'y a pas de sphincter musculaire spécial à ce niveau, ce qui a été confirmé par les recherches du Prof. Macalister. Il est probable qu'il faut chercher l'explication du cardio-spasme dans un trouble de l'innervation.

Je vais rappeler quelques faits physiologiques qui montreront en même temps que le spasme du cardia est possible.

Il a été reconnu que la stimulation des nerfs vagues sectionnés détermine une contraction de l'œsophage dans toute son étendue, mais une dilatation du cardia. D'un autre côté, la section des vagues sans stimulation est suivie d'une dilatation de la partie inférieure de l'œsophage et d'une contraction du cardia, ce qui répond à ce qui se passe dans le cardio-spasme. Les vagues agissent donc sur l'action musculaire, le péristaltisme, de l'œsophage, et envoient un filet spécial dilateur au cardia. La contraction tonique au niveau du cardia est entretenue par le système nerveux autonome qui consiste en un fin plexus situé entre les deux couches musculaires sous le contrôle de ganglions qui sont indépendants du système nerveux central. Normalement cette contraction tonique est provoquée par le passage des aliments, et le cardia s'ouvre pour les laisser passer dans l'estomac. La fermeture secondaire du cardia est due à une action réflexe provoquée par l'acidité du suc gastrique.

Nous avons tendance à croire que le spasme s'accompagne forcément d'une forte contraction musculaire, mais si nous lisons de nombreuses observations de cardio-spasme, nous y voyons que presque toujours l'obstruction du cardia cède si on attend un peu, et même quelques auteurs prétendent que le cardia est toujours perméable dans le spasme.

Théories sur la cause de la dilatation diffuse de l'œsophage.

1^o *Cardio-spasme primitif*. — MIKULICZ l'attribuait à la rétention des aliments au-dessus du cardia contracté en état de spasme. A l'appui de cette théorie on fait remarquer qu'une sténose, durant relativement peu de temps, comme dans les cas de cancer, coïncide parfois avec un certain degré de dilatation. Dans le cardio-spasme, qui peut persister pendant des années, il ne sera pas surprenant de trouver une grande dilatation.

2^o *Atonie primitive*. — ROSENHEIM rapporte la dilatation à une atonie de la musculature œsophagienne, suivie d'un allongement et d'une distension des parois et il considère la fermeture spasmodique du cardia comme secondaire, et produite par l'action irritante des matières alimentaires sur la membrane muqueuse altérée.

MARCK admet cette théorie de l'atonie, mais fait cependant remarquer que presque toujours à l'autopsie on trouve une hypertrophie de la musculature. Ce n'est pas ce que j'ai constaté dans deux cas bien nets, où, au contraire, les parois étaient très minces.

3^o *Névrite généralisée*. — Cette théorie est défendue par KRAUS qui, à l'autopsie, avait constaté une atrophie des deux nerfs vagues, et il estime que cette manière de voir concilie les deux théories, précédemment émises et qui semblent se contredire. A l'appui de cette opinion j'ajouterai que, en effet, si on interrompt la transmission des nerfs vagues avec l'œsophage, les parois de ce conduit se relâchent tandis que le cardia se ferme et s'oppose au passage des aliments, mais cela n'explique pas l'hypertrophie de la couche musculaire que l'on constate généralement alors. Ce qui permet d'attribuer une origine nerveuse à certains de ces cardio-spasmes, c'est qu'ils sont parfois observés chez des personnes nerveuses et sont produits par une cause irritante quelconque, soit à la suite d'un coup, soit à la suite de violents vomissements, comme au cours de la grossesse ou du mal de mer.

Dès que les aliments ont pénétré dans l'estomac, l'acidité du suc gastrique fait se refermer le cardia. Il est permis de penser que l'hyperchlorhydrie produira dans certains cas les mêmes effets et sera par suite une cause de cardio-spasme.

4^o *Anomalies anatomiques*. — Enfin certaines anomalies congénitales de l'œsophage peuvent amener du cardio-spasme.

WILLIAM HILL (de Londres) croit que bien souvent on a attribué à du spasme ce qui en réalité était dû à un rétrécissement anatomique du conduit dans la région du cardia.

Le PRÉSIDENT reconnaît avec M. WAGGETT qu'on ne doit pas passer une bougie à l'aveugle, mais il estime que tout le monde n'a pas la pratique suffisante de l'œsophagoscopie.

HARRIS MOSHIER (de Boston) est d'avis qu'on recoure le plus possible à l'anesthésie générale pour ces manœuvres œsophagoscopiques.

JOBSON HORNE (de Londres) dit que l'œsophagoscopie ne peut être faite par tout le monde, et qu'on ne doit pas renoncer à la bougie, tout en s'aidant des rayons X. On rencontre rarement la tuberculose de l'œsophage.

HOPE (de Newcastle-on-Tyne) estime que l'anesthésie locale suffit généralement pour ces examens.

SAINT-CLAIR-THOMSON (de Londres) dit que l'œsophagoscope, pour être bien manié, demande beaucoup de pratique, sinon, on s'expose à des accidents.

C'est la même opinion que soutient Herbert TILLEY (de Londres). Cet auteur trouve que les applications de radium ne donnent pas de résultats dans les cas de cancer de l'œsophage.

WAGGETT dit que la bougie ne peut pas donner beaucoup d'indications sur la nature de l'obstruction, et il ajoute qu'il devrait y avoir dans tous les hôpitaux au moins un praticien à même de faire l'œsophagoscopie.

Notes sur quelques cas de fissure douloureuse de la bouche de l'œsophage, par Adolph BRENNER (Bradford). — C'est Killian qui, le premier en 1908, a bien décrit, au point de vue anatomique, la partie supérieure de l'œsophage, qu'il a montrée être semblable à l'orifice du cardia. Cette bouche de l'œsophage peut être ouverte ou fermée, et est en général en état de contraction tonique. C'est le point où la bougie éprouve une résistance plus ou moins marquée, où se logent fréquemment les corps étrangers, où l'on trouve l'ouverture de la poche œsophagienne. C'est également le siège fréquent de cancer et naturellement l'endroit où l'on rencontrera une lésion traumatique, à la suite du passage d'un aliment dur et irritant. Il en résulte que nous observerons souvent un spasme (réflexe ou direct) de la bouche de l'œsophage, comme nous observons le spasme du cardia, à la suite d'une lésion irritative douloureuse quelconque, comme un ulcère local ou une fissure.

L'auteur cite deux observations de spasme de ce genre où on trouva un ulcère de la bouche de l'œsophage.

La syphilis, cause de sténose œsophagienne, par Walker DOWNIE. — Cette cause n'est généralement pas admise, alors que l'auteur au contraire en a observé souvent, et en cite plusieurs cas. En cas de doute on emploiera la réaction de Wassermann.

III. — IX^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Boston, 12-17 août 1912 (suite).

Séance du jeudi 15 août, à 9 heures.

Compte rendu par MENIER (de Decazeville).

Remarques sur les épreuves au diapason, particulièrement au point de la valeur de la diminution, par DUNDAS GRANT (de Londres).

— L'auteur, dans cette communication, énonce le degré d'erreur que

nous mettons dans notre façon d'estimer le pouvoir auditif pour une série de diapasons. La capacité auditive est donnée par une fraction dont le numérateur est la durée de l'audition par le patient d'un diapason de ton choisi, et dont le dénominateur est la durée de l'audition du même diapason par une personne normale. Si, comme cela est contestable, le pouvoir auditif d'une personne est considéré comme inversement proportionnel à l'intensité du minimum perceptible (selon la méthode de Hartmann que nous employons généralement), on peut supposer également que l'intensité de la note décroît à partir du moment où elle est émise comme les nombres 10, 5, 3, 3, 2, 5, 2, 1. 66. 1. 43, 1. 25, 1. 11, 1 (la durée de l'audition étant supposée de 10 secondes pour simplifier les choses).

Il y a deux causes d'erreur dans ces suppositions. En algèbre, cette série de nombre est une progression harmonique, ces réciproques étant une progression arithmétique, ce qui entraîne comme conséquence qu'au début des vibrations l'intensité est infinie. En second lieu l'expérience prouve que la manière dont l'intensité diminue est logarithme de sorte que le diapason étant entendu comme précédemment 10 secondes l'intensité à partir de la première seconde sera 10, 5, 2.5, 1.25, 0.625, etc., si on prend le rapport de la diminution comme étant égal à 2, ce qui est la réalité à peu près dans ces diapasons d'intensité moyenne. Dès lors on voit qu'au bout d'un certain temps de la période totale les nombres arrivent à différer considérablement, d'où erreur dans l'évaluation du pouvoir auditif du patient. Pour éviter cette erreur, il convient de mesurer à l'avance le rapport de ralentissement de chaque diapason, de préparer une table sur laquelle on exprime les résultats de ces mesures sous une forme graphique, ce qui permet de voir d'un coup d'œil la fraction d'ouïe normale que possède le patient pour chaque diapason.

Les rapports entre les canaux semi-circulaires et les muscles de l'œil. Le mécanisme central du nystagmus vestibulaire, par BARANY (de Vienne). — On ne sait qu'approximativement le caractère du nystagmus produit en faisant tourner la tête dans diverses positions. Brünings déclare que seul le nystagmus horizontal est produit au cours de la giration lorsque la tête est fléchie en avant à trente degrés l'auteur ne s'accorde pas avec lui et par ses expériences, il trouve que pour que le nystagmus soit seulement horizontal il faut que la tête soit droite ou penchée en arrière. Chez de nombreux sujets le canal semi-circulaire horizontal est défléchi de 30 degrés. Ce n'est pas seulement le mouvement de l'endolymphe dans le canal horizontal qui occasionne le nystagmus horizontal mais l'excitation des six canaux. Chaque canal d'après ses expériences est associé chez les sujets normaux aux six muscles des deux yeux. Les canaux horizontaux particulièrement avec les droits internes et externes, les verticaux avec les droits supérieurs et inférieurs et les obliques. Si l'on incline la tête à 90 degrés en avant ou en arrière, il semble qu'un mécanisme existe qui inhibe et contrôle certains muscles oculaires. Une voie à l'étude des paralysies des muscles de l'œil est peut-être ouverte par ces expériences.

Ligature ou constriction de la carotide primitive pour la cure des bourdonnements persistants, par M. REIK (de Baltimore). — L'auteur fait d'abord un résumé de son travail expérimental dont il a publié les résultats dans les comptes rendus de la Société otologique américaine en 1902, 1903 et 1904 et dont il ressort que les bourdonnements sont presque toujours d'origine vasculaire, puis il envisage particulièrement les cas où les bruits subjectifs agissent de telle façon sur le système nerveux du malade qu'il devient presque fou et parfois se suicide.

L'auteur présente l'observation d'un malade âgé de 31 ans qui éprouva un soulagement immédiat et durable, pour un cas de ce genre, par la ligature de la carotide primitive. Il cite également le cas d'un autre malade, qui, trop âgé et en trop mauvaise santé pour subir cette opération, fut traité par l'opération inventée par le prof. Halsted, étranglement de l'artère par un anneau métallique, opération dont la valeur est discutée.

Les résultats de l'emploi systématique des épreuves aux diapasons, par HOLINGER (de Chicago). — L'auteur fait l'exposé des résultats des épreuves fonctionnelles sur tous les malades qu'il a examinés entre 1895 et 1912 et chez qui l'examen ne révélait aucun signe objectif.

Pour les épreuves aux diapasons, Holinger employait un diapason à curseurs de Katsch, de Munich ; pour la recherche de la limite supérieure, il employa tout d'abord un sifflet de Galton puis le sifflet d'Edelmann.

Il put comparer pour chaque malade 4 ou 5 fois ces épreuves dont il donne le détail.

Rapports entre les maladies de l'oreille et celles du nez et du naso-pharynx, par Herbert TILLEY (de Londres). — L'auteur estime que l'obstruction nasale ne joue qu'un faible rôle dans la surdité chronique progressive, exception faite de l'hypertrophie de la muqueuse qui est plus nuisible que l'obstruction mécanique produite par des déviations de la cloison.

Les sinusites affectent rarement l'oreille. Les affections du cavum ont une importance capitale sur ces troubles auriculaires.

Le naso-pharynx et les maladies auriculaires, par ADAIR-DIGHTON (de Liverpool). — L'auteur estime qu'on devrait examiner le naso-pharynx avec plus de soin ; c'est d'ailleurs, chose facile, depuis que le naso-pharyngoscope de Holmes permet d'étudier l'orifice de la trompe et son pourtour. L'otite catarrhale aiguë est à vrai dire une inflammation catarrhale aiguë de la trompe puisque c'est le point de départ des symptômes de surdité, de bourdonnements et de douleurs ; l'exsudat dans la caisse n'est que consécutif ainsi que la congestion du tympan et du marteau.

Pathologie de la trompe d'Eustache, étude clinique, par HOLMES (de Boston). — L'auteur décrit son naso-pharyngoscope et donne des détails sur les états pathologiques que l'emploi de cet appareil a permis de découvrir pendant ces deux dernières années, états

pathologiques connus depuis longtemps mais qu'il n'avait pas été possible d'observer.

L'emploi des vapeurs avec un nouveau pulvérisateur dans le traitement de l'otite moyenne, des états inflammatoires de la trompe d'Eustache et de l'otosclérose au début, par WILKINSON (de Washington). — L'auteur décrit son nouveau pulvérisateur et recommande l'emploi des vapeurs de teinture composée de benjoin, de chloroforme et de menthol camphré dans les cas aigus; de teinture d'iode, de chloroforme et de menthol camphré dans les états subaigus; d'un mélange de 5 à 20 % d'iode dans l'alcool, le chloroforme et l'éther dans les cas chroniques. Pour que les vapeurs passent dans la sonde, il suffit de chauffer l'appareil jusqu'à une chaleur supportable à la main.

État actuel de nos connaissances sur l'otosclérose, par Alfred DENKER (de Halle).

Préparations microscopiques et macroscopiques d'otospongiose progressive, par F. SIEBENMANN (de Bâle). — L'auteur expose les changements survenus dans vingt rochers présentant de l'otospongiose progressive. Pour Siebenmann le terme d'otospongiose progressive est d'autant plus approprié que l'élargissement progressif des canaux d'Harvers reproduit le tableau exact d'os spongieux nouvellement formé et que le processus, même dans les zones les plus anciennes de l'os spongieux néoformé, n'en vient jamais à la stagnation.

Un cas d'otosclérose précoce traitée par le radium, par Richard LAKE (de Londres). — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, en bonne santé, présentant une surdité progressive depuis deux ans dans l'oreille droite, au début dans l'oreille gauche, diminution de la perception aérienne, Rinne négatif, trompes perméables, tympan mobile, translucide, laissant entrevoir une rougeur prononcée sur le promontoire droit, moins prononcée à gauche.

Absente pendant 14 mois, la malade revint avec des lésions plus avancées. On essaya du radium pour réduire l'ostéite : un demi-milligramme dans un tube d'argent recouvert de caoutchouc fut placé dans chacun des conduits pendant 10 à 20 minutes. Seize séances furent faites à 4 jours d'intervalle, puis trois autres séances après un court repos. On obtint une réaction bien marquée : l'audition était notablement améliorée de chaque côté.

Au cours de cette séance, divers appareils ont été présentés par leurs inventeurs.

Appareil pour traiter les tintements auriculaires, par CHAMBERS (de Jersey City).

Appareil assourdisseur, par WHITE (de New-York).

La dionine par voie tubaire pour soulager l'otite moyenne catarrhale chronique, par RANDALL (de Philadelphie). — Cinq années durant, l'auteur dans le traitement de l'otite moyenne catarrhale a administré la dionine par voie tubaire ; si parfois il a pu constater une légère congestion de la muqueuse de la caisse, les améliorations

certaines qu'il a obtenues grâce à ce dérivé de la morphine, là où d'autres traitements avaient échoué, lui permettent de conclure à son efficacité réelle pour l'oreille en plus de son pouvoir absorbant dans l'œil.

Valeur de la radiographie et de la translumination dans le diagnostic des affections de l'apophyse mastoïde, par BIRKETT (de Montréal) et PHILLIPS (de New-York). — Les auteurs ont recueilli une grande quantité de clichés et de planches qu'ils présentent et discutent.

Séance du vendredi 16 août.

Surdité par la quinine, par HERNANDEZ (de La Havane). — L'auteur présente une étude intéressante de la question.

Emploi de la quinine dans le vertige, par DUNDAS GRANT (de Londres). — Les résultats heureux obtenus par l'administration de la quinine à doses réfractées soulignent la valeur de ce produit dans les cas de vertige labyrinthique. À noter particulièrement les observations des cas où l'excitabilité labyrinthique a été mesurée avant et après l'administration de la quinine et d'après lesquelles la sensibilité labyrinthique aurait été diminuée à la suite de cette médication.

Surdité soudaine totale et permanente d'une oreille provenant d'une inondation labyrinthique présumée, suivie quatre années plus tard par un état analogue dans l'autre oreille, par SPALDING (de Portland). — À la suite d'une pneumonie une femme de 55 ans, de tempérament arthritique, se plaint soudain d'un bourdonnement intense dans l'oreille gauche et perdit instantanément l'ouïe à cette oreille.

Ce bourdonnement en dépit de tout traitement persista ; la malade ne pouvait marcher seule et semblait pencher à droite. Quatre ans après la première attaque l'oreille droite fut le siège de symptômes identiques et alors en essayant de marcher la malade avait une tendance invisible à tomber en avant.

Il s'agirait là, d'après l'auteur, d'une effusion séreuse labyrinthique analogue aux épanchements articulaires que l'on rencontre dans la diathèse rhumatismale et goutteuse.

Surdité labyrinthique traumatique, par FRIEDENWALD (de Baltimore).

Interprétation diagnostique des symptômes et réactions de l'appareil vestibulaire suivie de démonstration de préparations histologiques, par NEUMANN (de Vienne).

La durée de l'excitation des cellules ciliées de la crête ampullaire comparée avec la durée du courant endolymphatique et le nystagmus qui en résulte, par SHAMBAUGH (de Chicago). — Il est reconnu que le nystagmus est amené par l'action du courant lymphatique sur les cellules ciliées capillaires et que 10 tours dans l'épreuve du fauteuil sont capables d'obtenir le maximum d'effet. Où l'accord cesse c'est au sujet de la durée des divers facteurs. D'après Greuer la

durée du nystagmus serait égale à celle de l'excitation périphérique et supérieure à celle du courant endolymphatique. D'après Barany, au contraire la durée de l'excitation périphérique égalerait celle du courant agissant et serait inférieure à celle du nystagmus.

L'auteur a eu la bonne fortune d'observer un cas de fistule qui lui rendant possible le contrôle du courant lui a permis de démontrer l'égale durée de ces trois facteurs. Il nous permet ainsi une analyse plus exacte des faits.

Pathologie, anatomie pathologique et traitement des processus infectieux labyrinthiques, par ALEXANDER (de Vienne). — (Paraîtra *in extenso*.)

La pathologie du labyrinthe avec présentations de préparations microscopiques, par RUTIN (de Vienne).

Vertige auriculaire, par HAROLD WALKER (de Boston). — L'observation d'un cas de vertige supprimé par la destruction unilatérale des canaux semi-circulaires amène l'auteur à la question des rapports entre le vertige et l'accroissement de la pression intra-labyrinthique.

Traitement opératoire du vertige labyrinthique, par MILLIGAN (de Manchester). — L'auteur passe en revue les indications de la trépanation du labyrinthe dans le vertige auriculaire.

A quel traumatisme le facial peut-il résister sans perte de sa fonction ?, par BARNHILL (d'Indianapolis). — L'auteur a expérimenté sur des animaux les conséquences de traumatismes variés du nerf facial. Ce sont ses conclusions qu'il apporte avec les réflexions que lui ont suggérées ses diverses expériences.

Séance du 16 août 1912.

Sur la morphologie de l'oreille externe y compris le tympan, étudiée chez cent enfants, par VICTOR GRAZZI (de Florence). — Les observations portent sur des enfants âgés de quelques heures à quinze jours. Elles sont surtout intéressantes au point de vue médico-légal en raison du volume relativement considérable du conduit auditif externe chez le nouveau-né, et des fréquentes déformations qu'il présente.

Sur la signification pathologique et clinique des prétendus polypes de l'oreille et sur l'étiologie des tumeurs bénignes en général. Huit cas intéressants de polypes de l'oreille, par CITELLI (de Catane). — L'auteur propose une nouvelle classification des polypes de l'oreille basée sur le pronostic et la fréquence de leur apparition. Le premier groupe, celui des « granulomes », comprend les polypes rouges et irréguliers, très fréquents, signe d'une lésion intense ; le 2^e groupe ou « néoplasmes » est celui des polypes gris, réguliers de structure fibro-conjonctive facilement guérissables et beaucoup plus rares que les premiers.

Fibromes ou angio-fibrome de l'oreille moyenne, par BRAZY (de Sydney (Nouvelles-Galles du Sud)). — C'est la description de trois cas d'une néoplasie très vascularisée de la caisse, forme rare, dont l'aspect rappelait celui d'un fibrome nasopharyngien.

Maladies de l'oreille chez les fous, par HERNANDEZ (de la Havane).

Propositions acoumétriques, par GRADENIGO (de Turin).

La prophylaxie de la surdi-mutité par Macleod YEARSLEY (de Londres). — L'auteur expose le résultat de ses recherches sur les causes de la surdi-mutité. Sur 1076 élèves d'écoles de sourds qu'il a examinés, 43 p. 100 sont « très sourds, » 53 p. 100, le sont devenus.

Parmi les « très sourds » il a trouvé 5 cas d'aphasie congénitale et 145 (dans 123 familles) présentaient un antécédent héréditaire.

L'influence des mariages consanguins était de 22 cas sur 309 cas de surdité congénitale et de 2 sur 592 de surdité acquise.

L'influence des maladies infectieuses diverses se chiffrait sur ces 592 par une proportion de 34 p. 100.

Présentation de préparations microscopiques de cas de surdi-mutité, par SIEBENMANN (de Bâle).

Spécificité et surdité, par Kern LOVE (de Glasgow).

Traitement à domicile des enfants sourds, par HUDSON MAKEN (de Philadelphie). — L'auteur préconise ce traitement afin que durant sa vie d'écolier l'enfant sourd puisse bénéficier des profits résultant de la compagnie de ses camarades non sourds et éviter les liaisons qui résultent souvent de la vie avec des enfants présentant la même infirmité.

L'éducation des sourds après la scolarité, par GOLDSTEIN (de Saint-Louis).

IV. — SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 24 juin 1912.

Président : POLITZER. — Secrétaire : E. URBANTSCHITSCH.

Compte rendu par Hugo FREY.

Traduction par R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Névrite syphilitique des nerfs facial et vestibulaire, par S. GATSCHER. — Une malade présente depuis une huitaine du vertige, des vomissements et de la céphalée. Depuis l'enfance cette malade présente une otite suppurée gauche qui n'a jamais cessé de couler abondamment. Il y a environ 8 mois que la malade est syphilitique et depuis 3 mois 1/2 est survenue une paralysie du nerf facial que l'on peut constater encore le jour de l'examen. Cette paralysie à son début s'est accompagnée de troubles tout à fait analogues à ceux survenus il y a une huitaine, mais ils disparaurent rapidement.

Dans l'oreille malade on trouve une perforation bordante qui paraît sèche. L'épreuve calorique montre une oreille inexcitable. $V = 1$ m. $v = 15$ cm.

On constate de plus une légère hypoesthésie dans le domaine du trijumeau. La malade aurait présenté au moment de l'apparition de sa paralysie faciale, un peu de diplopie. L'hypoglosse n'est pas touché. Gatscher estime qu'il ne faut pas opérer la malade.

OTTO MAYER a déjà examiné cette malade. D'après lui la syphilis n'a aucun rapport avec l'affection auriculaire. Il s'agirait d'un cho-

lestéatome de l'oreille pour lequel il faut effectuer sans retard un évidement pétro-mastoïdien.

G. BONDY. Avant de parler d'intervention chirurgicale, il faudrait tout d'abord expliquer les signes cliniques. Il ne saurait être question ici d'une suppuration du labyrinthe; l'audition est conservée.

O. MAYER. J'ai au contraire trouvé que la malade était sourde de cette oreille, j'ai trouvé de plus que la réaction calorique était nulle. Je maintiens donc mon diagnostic.

BONDY. Si Mayer et Gatscher apportent ici deux impressions si contraires, c'est qu'ils ont vu la malade à des époques différentes. Le premier l'a vue en pleine période de suppuration, le second l'a vue guéri de son otorrhée.

Un cas d'ectopie dentaire dans le maxillaire supérieur, par J. BRAUN. — Un jeune homme de 16 ans se plaint depuis un an et demi d'un œdème récidivant de la moitié de la face gauche sans jamais avoir présenté ni douleur, ni coryza, ni larmolement. Du côté de l'œil on ne trouve rien de spécial à l'examen, sauf un œdème aux deux paupières gauches atteignant la joue. Du côté du nez rien de spécial, de même du côté des sinus qui sont montrés normaux par une radiographie. A la palpation, on trouve au niveau du processus alvéolaire gauche, une tumeur osseuse sphérique de la grosseur d'une bille à jouer, indolore à la pression. La réaction de Wassermann fut négative. Une radiographie du maxillaire supérieur montre qu'il s'agissait de la seconde prémolaire gauche ectopée dans le maxillaire supérieur.

Un cas de paralysie isolée et durable du nerf vestibulaire par le 606, par J. BRAUN. — La malade qui a 27 ans reçut en octobre 1910 le traitement d'Erlich-Wechselmann pour des accidents secondaires récidivants. En décembre apparurent des bruits subjectifs, du vertige et de la surdité à gauche. Elle est examinée à ce moment par Kaufmann qui diagnostique une lésion des nerfs cochléaires et vestibulaires avec prédominance du côté gauche, et très probablement d'origine syphilitique. Sous l'influence d'injections mercurielles, le vertige et la surdité s'amendèrent mais les bourdonnements se maintinrent. Pas de troubles de l'équilibre. La malade se montre à nouveau en novembre 1911 pour des syphilides papuleuses et c'est à ce moment que Braun l'examine. Les tympanes sont normaux, et l'examen de l'ouïe démontre une audition avoisinant la normale. Dix tours vers la droite amènent de très faibles secousses rotatoires des globes oculaires, dix tours à gauche provoquent un violent nystagmus rotatoire horizontal.

Le lavage de l'oreille gauche entraîne de très faibles et très rares secousses oculaires, tandis qu'à droite il amène un nystagmus rotatoire horizontal d'une très forte intensité. Pas de troubles de l'équilibre, pas de Romberg, fond d'œil normal.

Il s'agit donc d'une paralysie isolée de la branche vestibulaire au cours d'une syphilis traitée par le Salvarsan, et qui est apparue trois mois après l'injection de 606. Il est curieux de constater que le nerf

cochléaire sous l'influence de la médication anti-syphilitique a pu revenir à la normale tandis que le nerf vestibulaire se montrait comme à l'ordinaire le plus vulnérable, sans que pendant deux ans se soient produits de phénomènes compensateurs.

Lésion traumatique du labyrinthe et Salvarsan, par O. BECK. — Dans toute affection de l'oreille interne non-syphilitique, le 606 produira des effets désastreux. A l'appui de sa thèse, Beck cite une observation typique de lésion traumatique du labyrinthe fortement aggravée par une injection de Salvarsan.

Surdité complète et paralysie vestibulaire après l'influenza. — Une jeune femme de 32 ans, atteinte d'influenza avec fièvre pendant une huitaine de jours, s  veille du matin avec de violentes céphalées, les objets semblent tourner autour d'elle, le vertige est si intense qu'elle est obligée de restée couchée. En même temps, la malade constate qu'elle est sourde. Le vertige s'améliore peu à peu, mais la surdité reste complète. On trouve actuellement des tympan normaux. L'oreille n'entend ni les divers diapasons, ni la voix haute. Les deux vestibules ne réagissent pas à l'excitation. Le Wassermann est négatif.

Des cas de surdité unilatérale après l'influenza ont été déjà signalés, mais les cas de surdité double sont très rares.

Polynévrite (acoustique et facial) après la scarlatine, par E. MAX. — Une jeune fille de 14 ans, n'ayant eu jusque là aucune affection auriculaire, voit survenir 8 jours après le début d'une scarlatine, une paralysie faciale et une otite suppurée double. Peu après, l'oreille gauche devient sourde, puis la droite, sans qu'il y ait eu des vertiges, des vomissements ou du nystagmus. Les deux nerfs vestibulaires perdent bientôt toute excitabilité. Quatre semaines après le début de l'affection, la paralysie faciale disparaît complètement; la suppuration de l'oreille gauche cesse également. Actuellement, la suppuration est tarie à droite, les nerfs vestibulaires ont recouvré leur excitabilité, mais le nerf cochléaire est resté complètement paralysé. Il ne saurait s'agir d'une labyrinthite suppurée, mais bien d'une névrite de l'acoustique et du facial.

Tuberculose du pavillon. Opération. Guérison, par Ernest URBANTSCHITSCH. — Le résultat est surtout intéressant au point de vue esthétique.

Pourcentage anormal des globules blancs au cours d'une mastoïdite due au streptococcus mucosus, par Ernest URBANTSCHITSCH. — Il y eut :

Polynucl  s : 66 % ;

Gros mononucl  s et formes de transition : 4 % ;

Lymphocytes : 25 % ;

Eosinophiles : 5 %.

On sait que d'ordinaire cette forme de mastoïdite est caractérisée par une forte augmentation des polynucléés avec diminution des éosinophiles.

L'auteur rappelle un cas analogue observé par lui il y a un an et

dem. Il semblerait que cette variation dans le pourcentage ordinaire des globules blancs soit due à ce que les lésions osseuses atteignent le sinus et la dure-mère.

Fracture ancienne de la base du crâne avec perte complète de l'excitabilité labyrinthique. Compensation. Paralyse isolée de l'abducens, par RUTTIN.

Réflexe du pavillon lorsqu'on approche de l'oreille un diapason en vibration, par RUTTIN. — Le malade présenté est sourd d'une oreille. Si l'on vient à approcher de l'oreille saine un diapason en vibration il se produit un mouvement du pavillon en haut des plus nets.

Labyrinthite suppurée, début de méningite, trépanation du labyrinthe. Guérison, par RUTTIN. — Un homme de 38 ans, atteint depuis l'enfance d'une otite suppurée double avec perte de l'audition, présente subitement en avril dernier de la fièvre, des frissons, de la céphalée, des vomissements et une déviation de la bouche à gauche. Le malade est opéré à Czernowitz. En mai apparaissent des symptômes méningitiques. Ruttin trouve une otite suppurée chronique double avec à droite une plaie opératoire non encore guérie ; l'examen du labyrinthe permet de conclure à une labyrinthite suppurée, il y a de plus une paralysie faciale à droite, la ponction lombaire ramène un liquide trouble. Le labyrinthe trépané, le malade guérit.

Gliome du cervelet à gauche avec atrophie totale des nerfs cochléaires et vestibulaires gauches, par RUTTIN.

Gliome du 4^e ventricule avec surdité accentuée et abolition de l'excitation vestibulaire à droite, par RUTTIN.

Recherches otologiques au sujet de l'explosion survenue à Steinfeld près Wiener-Neustadt le 7 juin 1912, par MANTHNER et HOFER.

V. — SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 10 juillet 1912.

A la clinique des D^{rs} BOULAY et LE MARC'HADOUR.

Président : M. GROSSARD (de Paris).

Secrétaire Général : G. VEILLARD.

Présentation, par GROSSARD. — L'auteur présente un homme de 55 ans, porteur d'un gros polype pédiculé du larynx, inséré au-dessous de la commissure antérieure. Lorsqu'il vit, pour la première fois, le malade à sa consultation, notre collègue s'apprêtait à l'opérer séance tenante, mais le client ayant attiré son attention sur une longue cicatrice verticale sisgeant au devant du cou et lui ayant dit qu'un chirurgien avait pratiqué chez lui, il y a quinze ans, une thyrotomie pour l'opération d'un polype, Grossard fut rendu hésitant par cette intervention de grande chirurgie. Il demande à la société quelles peuvent avoir été les raisons qui ont engagé le chirurgien à pratiquer, dans ce cas, une thyrotomie, opération, à son avis, hors de proportion avec l'aspect du polype qu'il semble facile de pouvoir enlever par les voies naturelles.

Présentation, par BOULAY et LE MARC'HADOUR. — Les auteurs présentent une malade qu'ils soignent depuis 1898. Au début elle offrait une *obstruction nasale bilatérale, due à des masses molles*, rappelant les granulations lupiques et siégeant sur le plancher, les cornets et la cloison.

Le diagnostic de *lupus oblitérant* fut posé et se trouvait fortifié par la présence d'une cicatrice d'adénite cervicale suppurée, par l'absence de dégâts osseux.

Les voies lacrymales étaient obstruées et l'oreille fut envahie avec destruction du tympan, et granulations de même allure lupiques dans la caisse.

Pendant huit ans, la malade fut suivie ; le nez curetté, cautérisé, les granulations récidivaient avec une désespérante ténacité.

Subitement, en 1909, parut un élargissement du dos du nez avec douleur au niveau des os propres ; le diagnostic de syphilis s'imposait.

Le traitement mixte fut institué, mais malgré les traitements intensifs, le tertiérisme nasal suivit son cours. Actuellement la cloison s'est complètement séquestrée, le nez est affaissé, le sac lacrymal s'est ouvert à l'extérieur, formant une plaie bourgeonnante.

Malgré le 606 en injection intra-musculaire d'abord, en injection intra-veineuse ensuite, on ne note aucune amélioration.

Rien, dans les antécédents de la malade, ne permet de penser à une syphilis acquise. Les auteurs pensent à un de ces cas de syphilis congénitale grave, qui défient à l'heure actuelle nos moyens thérapeutiques.

Asphasie amnestique d'origine otique, par MUNCH. — L'auteur insiste sur les troubles du langage comme indication opératoire au cours des otites.

Présentation, par DELACOUR. — L'auteur présente un malade atteint depuis six mois d'un *écoulement purulent de l'oreille droite* et dont le conduit présente à sa partie antéro-inférieure une masse donnant des *hémorragies très abondantes* et qui est vraisemblablement une grosse granulation tégangiectasique.

Présentation, par RICHOU et LE MARC'HADOUR. — Les auteurs présentent une enfant opérée en 1909 pour *une mastoïdite d'emblée, sans suppuration de l'oreille*. L'opération donna accès dans une large cavité purulente, avec la dure-mère à nu en haut et le sinus latéral également dénudé.

Les suites opératoires furent simples et la guérison se fit, sans que l'os bourgeonne vigoureusement, avec cette cicatrice mince et profonde où la peau est directement collée à la table interne de l'os.

Après un an de guérison, l'enfant fait une fièvre muqueuse, et reste déprimée ; depuis cette époque, à de fréquentes reprises, la cicatrice cède et à propos d'un simple coryza s'établit un écoulement muqueux, rétro-auriculaire, sans réaction du côté de la membrane et de plus ou moins longue durée.

La fréquence de ces incidents conduit le Dr Richou à intervenir à

nouveau en juillet 1911 ; cette seconde intervention permet de constater qu'il ne reste aucune lésion osseuse, que tout a été bien nettoyé lors de la première opération.

La cicatrisation se fait normalement avec une cicatrice identique à la première.

Convaincu que ces écoulements réitérés viennent d'une infection du pharynx, donnant lieu à de petites otites aditales, le pharynx a été curetté soigneusement.

Malgré cette sollicitude, la situation n'a pas changé, un coryza fait céder la cicatrice et ramène un écoulement ; actuellement, l'otite aditale gauche s'accompagne d'une otite banale droite.

Les auteurs ont rencontré d'autres cas identiques avec le même échec de toute thérapeutique, y compris le curettage du cavum. Ils concluent que pour créer cet état particulier il faut :

- 1° Un état général. Ces enfants sont tous pâles et peu résistants.
- 2° Une cicatrice mince et profonde, simple cutanisation de la plaie opératoire sans trousseau fibreux cicatriciel.
- 3° Une facilité particulière du pharynx à s'infecter et de cette infection à gagner l'oreille.

Cette fragilité tient à une autre cause que la présence des végétations, puisqu'elle subsiste après leur ablation.

Cette susceptibilité particulière des oreilles et du pharynx se rencontre souvent chez les membres d'une même famille.

Les auteurs ont constaté que tous ces malades présentaient une même caractéristique : de très volumineux bourrelets tubaires, et se demandent si ce volume excessif de l'orifice de la trompe ne serait pas dû à l'hypertrophie de l'amygdale tubaire, dont l'infection viendrait réensemencer l'oreille.

VI. — IV^e CONGRÈS ESPAGNOL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Tenu à Bilbao, du 26 au 29 août 1912 (suite).

Compte rendu, par E. BOTELLA (de Madrid).

Traduction par B. DE GORSE (de Luchon).

1^{re} séance scientifique, 26 août à 4 heures du soir.

Président : DE CASTANEDA.

Erreur possible dans l'interprétation du signe dit « de la fistule », par RUEDA. — Les difficultés qui existaient autrefois pour diagnostiquer la suppuration du labyrinthe vont disparaissant depuis que la physiologie précise certaines localisations fonctionnelles de l'appareil auditif ; mais nous ne pouvons cependant pas être certains de la précise signification qu'ont, en clinique, les symptômes observés, parce que l'appareil récepteur auditif est une émanation directe du système nerveux central, et que les lésions peuvent siéger en différents endroits plus ou moins éloignés. Cela nécessite dans l'interprétation des symptômes labyrinthiques une analyse détaillée des

circonstances dans lesquelles ils se manifestent, car il faut se garder d'attribuer à une lésion labyrinthique ce qui n'est qu'une modification fonctionnelle née d'une lésion de voisinage ou d'une lésion éloignée.

L'auteur concrète ces réflexions au point de vue de l'interprétation du signe dit « de la fistule », à propos d'une observation d'otorrhéique ancien opéré de radicale.

Ce malade, jeune, a une douleur subite à l'oreille droite, avec une paralysie faciale complète. Évidemment mastoïdo-tympanique d'urgence; rien de spécial mais au moment de la cutanéisation, la zone vestibulo-faciale reste granuleuse, ne se cicatrise pas. Vertige au moindre contact de la région comprise entre la fossette de la fenêtre ovale et le conduit semi-circulaire externe; la paralysie faciale avait disparu presque complètement. Il n'y avait pas d'autres signes labyrinthiques; pas de réflexes acoustico-moteurs spontanés, pas de réaction à l'eau froide ou chaude. Pas de dénudation osseuse, pas d'ulcération de la muqueuse mettant l'os à découvert. Le seul symptôme était que par le spéculum pneumatique, la compression provoquait un vertige très fort ainsi que du nystagmus.

On parvint à une cutanéisation complète et à la disparition de la paralysie, ainsi que du phénomène observé.

L'auteur conclut que le signe de la fistule n'a de valeur que s'il est uni à d'autres signes labyrinthiques.

Lorsque la fistule aboutit au conduit semi-circulaire externe, il est logique qu'un changement de pression occasionne mathématiquement le phénomène rapporté. Mais il faut noter qu'habituellement la nécrose de la paroi osseuse se produit dedans en dehors, alors que les terminaisons nerveuses vestibulo-semi-circulaires sont comprises dans le processus. Et cela explique la coloration obscure d'une partie du conduit semi-circulaire décrite par Jansen: cette coloration est due à des fongosités à l'intérieur du labyrinthe osseux.

Lucas avait déjà noté l'existence, sans lésions labyrinthiques, de mouvements oculaires et de vertiges sous l'influence de la compression, et Hennebert a décrit le phénomène de labyrinthites hérédosyphilitiques non suppurées, par conséquent sans fistules.

Lorsqu'il y a des lésions typiques, le signe de la fistule est dû à l'intégrité de la réception, et à ce qu'une compression brusque engendre une onde endo-lymphatique qui va exciter d'une façon anormale les terminaisons ciliées des nerfs vestibulaires.

Cette onde que nous devons théoriquement admettre, doit se propager à tous les espaces endo-lymphatiques sans qu'il y ait interruption de transmission dans les conditions normales, mais non dans les conditions pathologiques; il peut alors y avoir interruption dans la voie liquide, ce qui produit une interférence entre les vibrations ondulaires qui occasionne de véritables chocs sur les terminaisons ciliées.

Cela peut même être réalisé sans existence de fistule, comme dans

l'hérédo-syphilis labyrinthique, où des lésions peuvent interrompre la continuité de la voie endo-lymphatique ; on ne peut admettre que l'idée de lésions labyrinthiques de type congestif propagées de la caisse tympanique par l'intermédiaire des relations vasculaires émissaires décrites par Katz.

■ Suivant cette théorie, le signe dit de la fistule ne représenterait pas forcément l'existence d'une fistule labyrinthique, mais bien l'existence de certaines modifications de la statique des liquides labyrinthiques qui, en changeant les conditions de transmission des ondes liquides sont susceptibles d'engendrer des ondes de retour et de véritables chocs sur les terminaisons nerveuses.

De telle sorte que, finalement, le signe de la fistule ne sera un signe positif de labyrinthite que quand il rentrera dans un cadre syndromique ; pour Rueda il n'est pas par lui-même révélateur de suppuration labyrinthique, ni même de fistule ; tout au plus l'est-il de congestion labyrinthique que l'on pourrait appeler zonulaire ou aréolaire, émanant de la caisse ; c'est toujours une menace de complication ostéitique, car il signale un trouble de la vascularisation osseuse dans les vaisseaux tympano-labyrinthiques.

Enfin, comme conclusion pratique, il résulte que lorsque ce phénomène se manifeste, il faut activer nos efforts pour éteindre la septicité de l'oreille moyenne.

OLAVARRIA (de Bilbao) dit que le signe de la fistule labyrinthique se présente dans la majorité des cas, pour ne pas dire dans tous les cas de destruction du conduit semi-circulaire externe.

Dans le cas de Rueda, le nystagmus n'apparaissait pas ; alors, ou bien, la fistule venant de l'extérieur, le liquide péri et endo-lymphatique trouve une issue, et s'oppose à l'action produite sur les cils de l'ampoule correspondante ; ou bien, s'il s'agit d'un séquestre, de pus, etc., il se produit, comme dans le cas de Bandy, une coagulation de l'endolympe.

Dans tous ces cas où se produit le nystagmus vertigineux, on trouve toujours, en faisant la radicale, une fistule du conduit semi-circulaire externe.

BOTÉY (de Barcelone) dit qu'il y a des cas où, avec un labyrinthe intact, il y a du nystagmus et du vertige. Il s'agit dans ces cas d'une hyper-excitabilité du labyrinthe. A l'appui de cela, il cite le cas d'un médecin qui, ayant l'oreille moyenne et interne saine, avait des vertiges suivis de chute sur le sol, et du nystagmus à la moindre compression aérienne du conduit auditif externe.

TAPIA (de Madrid) pense que le manque de réaction calorique implique que le labyrinthe n'est pas irritable et cela indique, lorsqu'il n'y a pas d'autres preuves complémentaires, qu'il s'agit d'une labyrinthite séreuse avec fistule ; lorsqu'alors le labyrinthe est hypo-irritable, il ne proteste pas contre une excitation telle que la chaleur, tandis que la compression qui est l'excitant le plus puissant, il y a une réaction. Il fait ensuite allusion au cas de Botey et dit que le signe de fistule dans les cas de non-labyrinthite est dû à des déhis-

cences de la paroi ou à la laxité des tissus qui lient l'étrier à la fenêtre ovale; dans ce cas, l'expansion produite par la compression de l'endolymphe travaille comme dans le cas d'une fistule; car, pour que le liquide puisse être comprimé, il faut une fenêtre extensible.

Quelles méthodes de trépanation du labyrinthe devons-nous préférer?, par BOTEY, de Barcelone. (A été publié *in extenso*, p. 335.)

Considérations sur trois cas de pyolabyrinthites, par CASTAÑEDA (de Saint-Sébastien). — L'auteur cite trois cas de propagations labyrinthiques par processus suppuratifs de l'oreille moyenne par lesquels il confirme que la labyrinthite séreuse aiguë ne se différencie de la purulente que par la réintégration des fonctions du labyrinthe. Il montre également que la fistule labyrinthique peut guérir sans intervention sur le labyrinthe, et que la paralysie faciale qui accompagne parfois la pyo-labyrinthite peut être produite indépendamment de cette dernière tout en étant concomitante.

Discussion sur le rapport de Tapia (Voir les *Archives Internationales*, p. 478). — OLAVARRIA demande si Tapia a des cas qui soient des exceptions à la règle. Le nystagmus spontané a des règles pour ainsi dire fixes que Barany (de Vienne) a définies.

FALGAR estime que le travail de Tapia est très complet, et une mise au point de cette question si complexe et si difficile.

TAPIA répond à Olavarria en rapportant un cas de fistule labyrinthique située sur le promontoire qui produisait le signe typique de la fistule alors qu'auparavant on disait qu'il ne se produisait que dans les cas de fistule du canal horizontal.

Investigations sur les prétendus effets du Salvarsan sur le nerf acoustique, par BOTELLA (de Madrid). — (Sera publié *in extenso*.)

GIMENEZ ENCINA (de Madrid) dit qu'il est bon de parler des troubles de l'oreille interne à l'occasion des injections de salvarsan, parce que ces troubles sont les complications les plus sérieuses, et pour ainsi dire les seules fréquentes qui accompagnent cette précieuse médication; il faut les juger très soigneusement, car c'est l'arme que les ennemis systématiques du 606 brandissent contre son emploi.

L'auteur a vu de nombreux malades de ce genre. Les symptômes du labyrinthe antérieur ou postérieur surviennent en général 4 à 6 semaines après l'injection. Mais ils s'améliorent toujours par une nouvelle injection, ce qui démontre qu'il ne s'agit pas d'une action toxique. Il connaît un cas dans lequel le jour où l'on était sur le point de faire une injection, il survint une hémiplégie; si on avait fait l'injection, on aurait attribué cette neuro-syphilis au salvarsan; l'auteur pense qu'il a dû exister de nombreux cas de ce genre.

Il estime que le fait de traverser des trajets osseux rendent l'acoustique et le facial plus vulnérables. Il cite deux cas de troubles des branches vestibulaire et cochléaire qui coïncidaient avec une paralysie faciale. Là, les lésions de l'acoustique furent améliorées rapidement par de nouvelles injections; celles du facial qui cheminent longuement dans les aqueducs, furent améliorées très lentement.

Indications et technique de la labyrinthectomie, par FALGAR (de Barcelone). — (Sera publié *in extenso*.)

BOTEY dit que Neumann n'a rien inventé ; sa méthode opératoire qui est celle de Jansen, ne devrait pas porter son nom. Il estime qu'on ne doit pas opérer partiellement le labyrinthe. S'il y a anéantissement fonctionnel du limaçon avec persistance de la réaction vestibulaire, il faut faire la labyrinthectomie totale. S'il y a manque de réaction vestibulaire avec intégrité fonctionnelle du limaçon, on peut se contenter d'ouvrir le labyrinthe postérieur sans toucher au limaçon, car l'infection atteindra difficilement la fosse cérébelleuse.

Il ajoute qu'en opérant partiellement le labyrinthe dans dix cas avec succès, Falgar a eu beaucoup de chance.

Il pense qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer s'il y a du pus, des granulations ou du tissu cicatriciel dans le labyrinthe. Aussi, en tenant compte que la labyrinthite partielle est rare et que, quand elle existe, elle devient si promptement totale, puis méningée, il estime qu'on doit être radical quand des épreuves acoustiques et vestibulaires, les seules vraies l'indiquent.

Il dit à Botella que le salvarsan est une épée à double tranchant. Il guérit la majorité des cas et peut être cause d'intoxication de l'acoustique dans les autres.

Ceux qui disent que les cas de paralysie de l'acoustique sont neutropiques exagèrent ; ceux qui disent aussi que le salvarsan est incapable d'intoxiquer le labyrinthe exagèrent également.

En plus des causes de lésion de l'acoustique que mentionne Ehrlich, il y a la susceptibilité spéciale de ce nerf pour toute lésion biologique et chimique, et la prédilection spéciale des arsenicaux en général pour les nerfs crâniens. Mais il ne faut pas oublier que de tous les moyens thérapeutiques qui existent, le salvarsan est le meilleur pour guérir les affections syphilitiques du labyrinthe.

BOTEY dit à Castañeda que le meilleur moyen de vérifier le fonctionnement du labyrinthe est, sans conteste, l'épreuve calorique, car elle se fait dans l'oreille. Les épreuves de rotation ne spécifient pas quelle est l'oreille malade, et la galvanique impressionne, en plus du labyrinthe, le nerf acoustique et les centres eux-mêmes.

FALGAR répond que, si l'on doit considérer comme méthode fondamentale de voix translabyrinthique celle de Jansen, il a néanmoins ajouté le nom de Neumann parce que ce dernier a apporté une modification en ouvrant une brèche plus étroite et en ne trépanant pas le conduit semi-circulaire postérieur.

Malgré que le drainage double du labyrinthe soit chaque jour indiqué de plus en plus dans les labyrinthites, il croit que dans certains cas le labyrinthectomie partielle est justifiée dans quelques cas, comme par exemple dans l'observation présentée où l'auteur réséqua seulement la coquille osseuse de l'ampoule du conduit externe et du conduit supérieur.

Cela est en conformité avec ce qu'a dit Botella qui, à propos des troubles labyrinthiques engendrés par le salvarsan, a dit que cela

semblait indiquer une action nocive des préparations arsenicales ; ces cas sont étudiés minutieusement aujourd'hui. Il est possible que l'arsénobenzol augmente la réceptivité des nerfs vestibulaire et cochléaire au point de vue des spirochètes qui sont ensuite détruits par une deuxième injection. Il y a pourtant, et lui-même en a observé un, des cas d'annulation vestibulo-cochléaire.

BOTELLA répond à Botey et à Falgar que tous les cas ne doivent pas avoir la même explication, et qu'on doit être éclectique, car les accidents post-salvarsaniques sont parfois nettement des réactions Jarisch-Hexheimer ; d'autres sont des neuro-récidives, et certains sont d'interprétation très difficile et ne peuvent s'expliquer que par l'opinion de Azna. Quand l'accident se présente au bout de peu de jours, il n'y a pas de doute qu'il s'agisse d'une réaction J.-Hexheimer, puisque dans la plupart des cas, une nouvelle injection la guérit ; mais, si le malade ne se soigne pas, alors la lésion peut devenir permanente d'après Botella parce que la réaction, en se manifestant dans le tronc de l'acoustique et du facial et en un point inextensible tel que l'aqueduc de Fallope et le conduit auditif interne, étouffe, étrangle le nerf en totalité ou en partie.

Pour les cas tardifs, l'explication qui satisfait le plus est celle d'Azna, qui est confirmée par les travaux récents de Vechselmann et l'analyse des cas de Knick et de Zolosienky qui prouvent l'existence d'une méningite syphilitique, les lésions étant alors des lésions de périnévrite, curable ou non suivant les troubles et l'efficacité du traitement.

Les malades sont maintenant mieux observés. Il ne faut pas oublier en effet ce que Botey a si bien dit, à savoir que le salvarsan est une arme à double tranchant. Botella croit donc que ce sujet est très intéressant et que l'on doit examiner les oreilles de tous les malades à qui on doit faire des injections ; car la possibilité d'une réaction labyrinthique exagérée peut être très dangereuse et entraîner des désastres dans l'oreille.

Deuxième séance du 27 août 1912.

Président : BARAJAS.

Traduction par MENIER (de Decazeville).

Les injections d'alcool comme traitement de la dysphagie des tuberculeux, par BERTRÁN (de Madrid). — (Sera publié *in extenso*.)

Résultats personnels de la méthode de Bier en otologie, par BOTELLA (de Madrid). — (Est publié *in extenso*.)

Complications chez les trachéotomisés ; leur traitement, par HORCASITAS (de Madrid).

Conclusions : 1° La trachéotomie comme toute opération chirurgicale est exposée à des complications sérieuses dont la plus fréquente est l'obstacle s'opposant au passage de l'air par la canule ;

2° Dans quelques cas elles compromettent la vie de l'opéré qui peut mourir d'asphyxie après l'opération ; il faut recourir à toute espèce de moyens pour éviter cela ; 3° L'emploi de canules spéciales dans les cas de déviations de la trachée et l'intervention rapide pour extraire les corps étrangers formés par l'accumulation de mucosités épaisses qui obstruent la lumière de la canule, avec inhalations médicamenteuses fluidifiant ces mucosités pour qu'elles puissent être facilement expulsées, peuvent sauver la vie et supprimer la gravité des accidents comme dans les cas cités par l'orateur.

MORALES LAHOZ. Dans un cas opéré il y a 9 ans, on supprima la canule il y 2 ans ; il eut, il y a 3 mois, un violent accès de toux qui nous obligea à tout préparer pour une autre intervention. L'expulsion de croûtes volumineuses vint solutionner le conflit.

BOTELLA. Les déviations de la trachée sont rares ; la profondeur de la trachée est un facteur qu'on peut surmonter grâce à de longues canules. Les croûtes sont assez fréquentes. J'ai vu un cas de ce genre où l'écouvillonnage de la trachée fit sortir de grosses croûtes et débarrassa la malade ; j'ordonnai ensuite des pulvérisations à l'huile mentholée.

PRADA. Deux contretemps dangereux méritent d'être relatés : formation d'un bouchon dur et énorme de sang et de mucosités chez un sujet ayant subi pharyngotomie transhyoïdienne pour ablation de l'épiglotte. Le bouchon se plaça entre la trachée et la canule dont il obstrua l'orifice inférieur ; dans le second cas, il s'agissait d'un malade à cou court et large chez lequel par ulcération due à la canule se produisit un processus périchondritique ; celui-ci provoqua une fistule trachéale inférieure avec emphysème. On fit disparaître celui-ci en élargissant de 3 cent. la canule de Luër n° 5 ; la fistule guérit tout à fait.

Ma méthode d'implantation de la trachée à la peau dans la laryngectomie, par BOTEY (de Barcelone). — Les malades opérés par quelqu'une des méthodes de Périer, Gluck ou Le Bec voient l'orifice trachéal se fermer peu à peu et ils sont obligés de reprendre et porter constamment la canule.

Voici la technique imaginée par Botey : Une fois la trachée séparée du cricoïde, il sectionne verticalement deux anneaux en réunissant profondément l'angle de l'incision à chaque côté inférieur de la plaie cutanée, en élargissant ainsi un peu plus l'ouverture trachéale. Deux points de fixation, prenant deux anneaux et le muscle sterno-cléido-mastoïdien ; suture circulaire de la trachée à la peau et de la paroi membraneuse à l'extrémité inférieure de l'incision cutanée.

Puis il fait deux incisions semi-lunaires sur les côtés de la trachée et à la distance de 15 mill. qui ne comprennent que la peau et à 15 ou 20 mill. de celles-ci, il en fait deux autres qui s'unissent par les extrémités aux premières, il dissèque le petit lambeau semi-

lunaire compris entre les deux incisions des deux côtés et suture les bords.

BOTEY croit que la cicatrice concave de la peau des deux côtés se chargera d'éviter la rétraction longitudinale et maintiendra toujours la trachée ouverte. Il a fait cette plastique chez un malade, mais n'a pu juger des résultats parce que celui-ci mourut de collapsus cardiaque le troisième jour après laryngectomie.

BOTELLA. Ce n'est pas un inconvénient que le laryngectomisé porte une canule ; la plastique de Botey me paraît inutile d'autant plus que si ces malades ont à parler il leur faut une canule pour adapter l'appareil phonateur.

BARAJAS. Le procédé de Gluck n'a pas besoin d'autoplastie ni n'exige pas de canule ; avec ce procédé, s'il n'y a pas de sphacèle d'aucun anneau, toute autre intervention est inutile.

CANDELA. Je suis du même avis que Barajas ; j'ai un malade opéré depuis un an et qui n'a pas besoin de canule.

TAPIA. Voici un malade opéré depuis un an par le procédé de Gluck, qui n'a pas de canule et l'orifice n'a pas tendance à se fermer.

BOTEY. La plastique recommandée par moi s'applique en particulier aux cas où il y a infection de la plaie et production de tissu cicatriciel pouvant amener sténose, surtout transversale.

Quelques considérations sur l'extirpation totale du larynx, par TAPIA (de Madrid).

Conclusions : 1° En l'état actuel de la chirurgie laryngée, le procédé de choix est celui de Gluck ; 2° Les complications qui assombrissent le pronostic de la laryngectomie : médiastinite et broncho-pneumonie ne peuvent mieux s'éviter que par la méthode de Gluck ; 3° Cette méthode en un temps, est la plus rationnellement chirurgicale. Elle agit vite et évite des douleurs aux malades qui peuvent sortir au bout de 15 à 20 jours ; 4° Elle permet d'extirper facilement et systématiquement les lymphatiques du cou et s'oppose ainsi aux récidives.

(A suivre.)

VII. — SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 28 juin 1912.

Président : PASSOW. — Secrétaire : BEYER.

Compte rendu par A. SONNTAG (de Berlin).

Traduction par MENIER (de Figeac).

Opérations radicales de l'oreille avec fermeture de la plaie sans autoplastie, par BLUMENTHAL. — L'autoplastie après opération radicale a divers inconvénients, le premier est le danger de périchon-

drite, le second une trop grande ouverture d'entrée dans le conduit. On les évitera en ne fendant pas le conduit après opération radicale, mais en le tamponnant directement sur l'os de la cavité opératoire. Un inconvénient est le jour plus mauvais, c'est pourquoi seuls les conduits assez larges conviennent à cette méthode. L'opérateur n'enlève pas plus d'os qu'il ne faut surtout en dehors, car si la cavité osseuse est très grande, le tube du conduit ne s'applique pas aussi bien. Et même quand la cavité osseuse est petite, il se forme toujours un entonnoir en arrière du conduit et dans lequel peuvent s'accumuler le pus et les sécrétions de la plaie. C'est pourquoi il est bon de laisser ouvert l'angle inférieur de la plaie et de le drainer avec un tube de caoutchouc. Dans les cas ainsi traités, l'opérateur a obtenu de bons résultats, cependant la durée du traitement post-opératoire ne fut pas abrégée.

Résultats expérimentaux de la méthode d'examen de l'audition au moyen de l'éducation; méthode de la résonance de Helmholtz étudiée à la lumière de ces recherches, par KALISCHER. — L'opérateur a dressé des chiens de telle sorte qu'ils ne prenaient leur pâtée que lors d'un son déterminé produit par l'harmonium (*son du repas*). Lors de tous les autres sons produits ils refusaient de prendre leur nourriture. Normalement l'audition est si fine que les différences d'un demi-ton sont nettement perçues. Parmi un grand nombre de sons produits ils distinguent avec certitude le son du repas. Pour réfuter l'objection qu'il ne s'agit pas d'excitations acoustiques, l'auteur rendit quelques chiens artificiellement aveugles; ils réagirent aussi bien et même mieux pour certains. Si, chez des chiens ainsi dressés, les deux labyrinthes étaient totalement détruits, ils ne réagissaient plus au son du repas. Mais le dressage persistait quand on n'enlevait que des parties du labyrinthe et il était en rapport avec la quantité des parties enlevées. Avec extirpation d'un ou des deux lobes temporaux, le dressage persistait de sorte qu'on peut s'imaginer qu'il peut se produire une excitation depuis les centres auditifs sous-corticaux. L'extirpation du cerveau frontal faisait disparaître le dressage. L'opérateur ne croit pas qu'on puisse, sans plus, appliquer ces résultats à l'homme; il faudrait plutôt comparer les conditions pour les labyrinthes. Pour examiner les labyrinthes, il a dressé des chiens à un son aigu et à un son grave. Au bout de 4 semaines de dressage, il enleva totalement le labyrinthe d'un côté et continua à dresser pendant trois autres semaines. Puis l'autre labyrinthe fut enlevé partiellement; l'animal fut dressé encore pendant 1 à 2 mois, puis on le sacrifia, on examina le cerveau et on fit des coupes en série du labyrinthe. Dans un cas dans lequel un labyrinthe était totalement détruit et dans lequel il ne restait de l'autre que l'appareil vestibulaire, le dressage pour les sons était totalement conservé; à peine pouvait-on remarquer une différence avec l'état antérieur. Les cas dans lesquels la circonvolution supérieure ou inférieure du limaçon était détruite se comportaient exactement de même façon; ils réagissaient tous deux aux sons de repas aigu et grave. Lors de l'examen

ordinaire de l'audition, la plupart des animaux se comportaient de manière telle qu'on pouvait presque les dire sourds, cependant tous réagissaient encore au son du repas quand il existait chez eux une trace de labyrinthe.

D'après ses recherches l'orateur arrive à conclure que le limaçon n'est pas nécessaire pour l'audition et que les animaux entendent aussi avec l'appareil vestibulaire. Donc la théorie de Helmholtz n'a aucune raison légitime d'exister, le nerf conduit tous les sons ; ce n'est que dans le cerveau qu'il se fait une analyse des divers sons.

GUTZMANN. J'estime que les expériences ont été faites de façon impeccable, mais que les conclusions sont fausses ; le résultat du dressage est presque toujours quelque chose pour laquelle les animaux n'ont pas de réflexion, le résultat est plutôt mécanique et automatique. Pour ces expériences, il faudrait, en raison de leur importance, appeler aussi à son aide des psychologues.

PASSOW. La disposition des expériences n'est pas non plus exempte d'objections ; il faut que le chien soit séparé de celui qui l'examine, de sorte qu'il ne puisse pas le voir.

SCHAEFFER. Les conclusions vont aussi trop loin et je crois qu'il doit y avoir également quelques erreurs psychologiques. Je rappelle le fameux cheval « Hans ». Bien des savants y furent alors trompés et il fallut des psychologues expérimentés pour reconnaître les erreurs.

ROTHMANN. Il faudrait juger avec beaucoup de prudence les méthodes de dressage. Dans les extirpations à plat telles que Kalischer les a faites sur l'écorce du lobe temporal, le dressage est encore possible, car il existe encore des parties de l'écorce dans la profondeur des circonvolutions. D'après ses expériences des animaux privés de cerveau frontal reconnaissent les sons ; ce n'est que lorsque les corps genouillés internes étaient détruits que les animaux ne pouvaient plus être dressés. Il doit exister sûrement des sources d'erreur, peut-être s'agit-il d'excitations tactiles ou autres.

BEYER. Il semble ressortir des expériences que le limaçon fonctionne d'une façon univoque. Du reste ces expériences n'ont fait que confirmer ma manière de voir suivant laquelle la chaîne des osselets ne sert que pour régulariser la pression ou pour une mise au point délicate.

BRÜHL. Dans ces expériences, rien ne dit que les sensations tactiles soient totalement éliminées. Quand on a examiné beaucoup de sourds-muets, on se rend compte qu'on peut être victime des illusions les plus singulières. Avec un harmonium, les sons ont une force de vibration extrêmement considérable. La disposition anatomique des cellules terminales s'oppose à l'idée que dans ces restes misérables, il puisse y avoir encore conservation d'une réaction auditive. Pour un examen non passible d'objections, il faut que des animaux rendus aveugles soient examinés dans un laboratoire dallé en pierre et que l'harmonium se trouve dans une autre pièce.

KALISCHER. Je tiens à ce qu'on contrôle mes expériences. Pour

moi ce qui est probant c'est que des animaux auxquels on a enlevé totalement les deux labyrinthes ne réagissent plus, et que les animaux auxquels on a enlevé des parties du labyrinthe réagissent plus ou moins fort, suivant la masse des parties enlevées. A mon avis, il n'y a pas à avoir de scrupules au point des sensations tactiles. J'ignore si les animaux entendent réellement; en tous cas, il se produit une réaction, car les animaux ont une « contre-sensation ».

VIII. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

Séance du 2 juin 1911.

Président : P. WATSON-WILLIAMS.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

Bronchoscopie directe sur un malade, par P. WATSON-WILLIAMS.

Œsophagoscopie pour tumeur maligne et application de radium, par N. S. FINZI et C.-W. M. HOPE.

Méthode Hill-Herschell pour œsophago-gastrosopie sur le vivant, avec remarques sur les états pathologiques observés par ce moyen, par WILLIAM HILL et G. HERSCHELL.

Séries de corps étrangers enlevés par la bronchoscopie directe et l'œsophagoscopie avec skiagrammes, par HERBERT TILLEY.

Sténose maligne de l'œsophage, par P. WATSON WILLIAMS, CHARLES HOPE et N.-S. FINZI. — L'œsophagoscopie montre une tumeur infiltrée à 10 pouces $1/2$ des incisives. Applications de radium le 4 février (150 milligrammes de sel) au moyen de deux tubes insérés en « tandem » pendant 14 heures. A la suite diminution de la dysphagie, le malade peut avaler viande, pommes de terre et aliments solides. Deux autres applications depuis, seulement pendant 8 heures. Grande amélioration de la déglutition et de l'état général.

Nouvelles notes sur un cas d'épithélioma laryngé, par P. WATSON-WILLIAMS. — Malade présenté à la Société en novembre 1910 et mars 1911. Malade opéré le 9 novembre 1910; ablation large de la moitié gauche du larynx, comprenant : aryténoïde, repli ary-épiglottique et bord gauche d'épiglotte. Le 3 mars 1911 il y avait au centre de la cicatrice une granulation suspecte; ablation de celle-ci; examen histologique; récédive au début. Nouvelle ouverture du larynx, cicatrice largement extirpée; dans celle-ci on ne trouve aucune trace de malignité. Actuellement structure cicatricielle gênant la respiration; tube à intubation mal supporté. Il faudra sans doute laisser une canule à demeure.

Résultats de la cure radicale de la sinusite frontale par le procédé ostéoplastique de Watson-Williams (présentation de malades), par P. WATSON-WILLIAMS. — CAS I. — Début de la sinusite frontale à la suite de l'influenza en 1903; depuis sécrétion purulente abondante. En 1906 les symptômes s'aggravent; diagnostic : sinusites frontales et maxillaire gauche, suppuration bilatérale du sinus sphé-

noïdal, sténose de la fosse nasale gauche par déviation de la cloison. Cure radicale de l'antre gauche, ablation de nombreux polypes ; résection large des parois antérieures des sinus sphénoïdaux. A la suite amélioration. En 1908 cure radicale du sinus frontal gauche par le procédé de Watson-Williams ; sinus très grand contenant pus et polypes ; cavité s'étendant jusqu'à l'angle orbitaire externe, et en haut de un pouce $1/4$ au-dessus du rebord sus-orbitaire ; deux pouces de profondeur. Ablation de voûte orbitaire et de paroi nasale. Lame verticale du cornet moyen par conformation empêchant l'approche des cellules ethmoïdales, mais la largeur du jour donné par la méthode permet d'atteindre les parties profondes. Drainage de la cavité pendant 48 heures, plaie lavée par le front pendant plusieurs jours. Guérison complète ; il reste seulement une légère dépression au-dessus du sourcil.

CAS II. — En 1907 examen, suppuration nasale et céphalées frontales et occipitales violentes depuis 10 ans. En 1908 double cure radicale frontale par procédé de Killian. En 1909 large ouverture des sinus sphénoïdaux contenant du pus et des fongosités. Ces derniers divisés en deux parties par septum horizontal. En 1911 récidence légère de suppuration, ouverture à nouveau des sinus frontaux ; ceux-ci étaient oblitérés. La suppuration venait des cellules ethmoïdales antérieures.

CAS III. — Age : 21 ans. Suppuration des deux sinus frontaux en 1908, céphalées violentes. Lavages quotidiens des deux sinus pendant quelques semaines. L'auteur pratique double cure radicale par son procédé, avec ablation des cellules ethmoïdales antérieures et large ouverture des sinus sphénoïdaux. Guérison.

CAS IV. — Céphalée violente et suppuration nasale depuis plusieurs années. Antérieurement opération externe sur le sinus frontal, ayant laissé une fistule externe. En février 1910 cure radicale ostéoplastique ; sinus communiquaient mesurant 12 ctm. latéralement et atteignant 7 ctm. $1/2$ au-dessus du rebord sus-orbitaire. Guérison complète.

CAS V. — Écoulement nasal gauche et céphalées frontales depuis deux ans ; diagnostic : pansinusite gauche. Opération ostéoplastique sur le sinus frontal gauche, ablation des cellules ethmoïdales et cure radicale de l'antre. A la suite, angine de Ludwig et phlegmon sus-orbitaire. Guérison complète, mais en 1910 sinus frontal droit commence à suppurier ; opération ; amélioration considérable ; mais de temps en temps céphalées.

CAS VI. — Début en 1908. Opération ostéoplastique sur le sinus frontal gauche, ouverture large du sinus maxillaire gauche et des deux sinus sphénoïdaux. Guérison ; légère dépression sur un côté du nez.

CAS VII. — Début plusieurs années ; double cure radicale maxillaire par la voie canine en mai 1908 ; en juin opération ostéoplastique frontale à droite. En mai 1909 ouverture des deux sinus sphénoïdaux. Actuellement, pas de suppuration, les céphalées persistent ; elles ne semblent pas dues à l'état nasal.

CAS VIII. — Début 10 ans ; en mai 1910 cure radicale maxillaire bilatérale par la voie canine ; en juillet opération ostéoplastique à gauche. En février 1911, symptômes aigus à droite ; cure radicale (Killian). Deux mois après, nouvelle tuméfaction à droite ; le « pont » nécrosé a été enlevé. Amélioration des symptômes.

Pemphigus du pharynx et de la conjonctive. par P. WATSON-WILLIAMS. — Homme 38 ans ; yeux enflammés depuis six semaines, depuis un mois mal dans la gorge et la bouche. Plaques membraneuses blanches disséminées sur le palais, le pharynx, le côté interne des joues et sous la langue ; autour tuméfaction et rougeur intense. La conjonctivite a disparu par applications d'argyrol à 10 %. Actuellement quelques bulles sur le thorax.

Glossite chronique. Cause ? par P. WATSON WILLIAMS. — Fille 16 ans ; fissures de la langue depuis 5 à 6 ans, ont augmenté depuis un an. Douleur à la déglutition et enrouement intermittent. A eu un écoulement de la fosse nasale gauche, pas de signes de sinusite. Langue très fissurée, atrophie des papilles en certains points et hypertrophie en d'autres. Pas d'antécédents syphilitiques.

Ulcère tertiaire du pharynx, par P. WATSON-WILLIAMS. — Enfant 10 ans. Histoire nette de syphilis héréditaire ; actuellement hypertrophie ganglionnaire généralisée et ulcère profond douloureux sur paroi latérale droite du pharynx.

Cornet moyen kystique, par P. WATSON-WILLIAMS.

Résultats d'un phlegmon de l'orbite consécutif à une opération ethmoïdale, par A. J. M. WRIGHT. — Fille 33 ans ; en 1906 céphalées et écoulement nasal datant de 10 ans. En 1906 ouverture de l'antre et du sinus sphénoïdal gauche. En janvier 1911 ouverture des cellules ethmoïdales des deux côtés. A la suite, hématome orbitaire qui a suppuré et a été incisé. Actuellement ptosis et entropion de la paupière supérieure due à la rétraction de la cicatrice et à la blessure du releveur de la paupière supérieure ; amélioration par massage.

Paralysie de la troisième paire droite consécutive à une opération ethmoïdale, par A.-J.-M. WRIGHT. — En 1911 polypes du nez ; à la suite d'opération ethmoïdale intra-nasale du côté droit, hématome orbitaire et paralysie complète de la troisième paire. Six semaines après l'opération, la pupille est plus petite et réagit, ptosis moins prononcé, vision pas altérée.

Œdème de la conjonctive à la suite d'une sinusite frontale aiguë, par A.-J.-M. WRIGHT. — Le 23 mai 1911 céphalée frontale gauche intense, œdème de la partie interne de la conjonctive gauche palpébrale et orbitaire, éthémorragie conjonctivale. Il y a 15 ans aurait eu mêmes accidents. Douleur à la déviation extrême des yeux à gauche avec légère diplopie, déviation de la cloison à gauche obstruant la fosse nasale de ce côté, pas de suppuration nasale. Résection de la cloison fait disparaître céphalée et œdème.

Tumeur de la joue, par C.-F. WALTERS et N. S. FINZI. — Femme 47 ans ; tumeur de face interne de la joue depuis l'âge de 7 ans ;

était molle, pédiculée, indolore. En 1910 elle devint douloureuse et augmenta de volume, elle fut enlevée en novembre 1910 avec une portion des tissus voisins. Tout paraissait satisfaisant jusqu'en décembre 1910, où tuméfaction brusque et rapide dans la joue. Volume augmente, incision, continue à se développer. Le 3 janvier 1911 existait tumeur du volume d'une grosse orange, mobile avec œdème considérable autour; pas de ganglion; partie antérieure de tumeur fluctuante, paraissant sur le point de s'ouvrir extérieurement.

3 janvier 1911. Traitement. Application de radium employé à travers un filtre de un millimètre $1/2$ de platine ou de plomb dans deux tubes à l'intérieur de la tumeur pendant 69 heures, et aussi en dehors de la peau pendant 12 heures en deux points.

2 février. La tumeur a beaucoup diminué; mais on sent un ganglion préauriculaire, qu'on enlève. Radium dans la plaie (100 milligr. pendant 9 heures). Histologiquement: tumeur mixte, probablement endothéliome ou adéno-carcinome.

Rapports entre les maladies du nez et des cavités accessoires et les affections de l'œil et de l'orbite, par St-CLAIR-THOMSON. — Les phlegmons de l'orbite sont dus dans la majorité des cas à des processus septiques venant des sinus du nez, d'où suppuration, nécrose et phlegmon orbitaire. La périostite chronique attribuée souvent à la syphilis, le rhumatisme, la scrofule résulte souvent d'une suppuration nasale. La thrombose du sinus caverneux a le plus souvent pour point de départ une suppuration du nez ou de ses annexes, de l'oreille et de la mastoïde. Les relations des affections du nerf optique et des yeux eux-mêmes avec les affections nasales doivent être recherchées et étudiées par les rhinologistes.

Les voies par lesquelles l'affection peut se propager du nez à la région ophtalmique peuvent se résumer comme suit:

1° Extension directe (mucocèle frontale plongeant dans l'orbite, tumeur maligne du nez envahissant la cavité orbitaire, ou ethmoïdite suppurée s'ouvrant dans celle-ci);

2° Obstruction et infection des voies lacrymales avec lésions de la conjonctive;

3° Infection des lymphatiques, d'où congestion, décoloration ou rougeur des paupières et nombreux autres troubles de la vision;

4° Infection du courant sanguin, d'où thrombose de la veine ophtalmique ou du sinus caverneux, ou hémorragie rétinienne, etc.;

5° Phénomènes réflexes.

F. RICHARDSON CROSS. Les inflammations du sinus sphénoïdal ou des cellules ethmoïdales postérieures peuvent surtout léser le nerf optique au sommet de l'orbite ou dans le chiasma optique. Toutefois les symptômes de lésions du nerf optique sont rares.

MATHESON MACKAY. Le plus souvent il s'agit de troubles réflexes d'origine nasale, sans suppuration de cet organe. Il cite un cas d'atrophie optique consécutif à l'ablation de polypes nasaux. La présence de végétations adénoïdes a une influence sur les yeux, sur la conjonctive.

G. F. C. WALLIS. Le plus souvent dans les sinusites chroniques, on observe ou un rétrécissement périphérique simple du champ visuel ou bien plus rarement du rétrécissement périphérique avec scotome central et névrite optique. Pour l'auteur les anomalies du champ visuel sont dues à des infiltrations de toxines venant des fosses nasales sans qu'il y ait de suppuration et agissant sur le nerf optique. A plus forte raison lorsqu'il existe des suppurations sinu-sales.

DUNDAS GRANT. On a une tendance actuellement à exagérer l'influence nasale sur les affections oculaires, quoique cette association ne fasse pas de doute.

IX. — SOCIÉTÉ AMÉRICAINE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Réunion des 13, 14 et 15 mai 1912 (suite).

Séance du 14 mai (après midi).

Président : DUNBAR ROY.

Compte rendu par MASSIER (de Nice).

De l'orthodontie dans ses rapports avec le nez et la gorge. Le développement des dents et l'occlusion comme facteurs dans le développement des os de la face, par FREDERICK BOGUES NOYES. — Les considérations fondamentales sur la relation des dents et l'occlusion avec le développement des os de la face conduit à la discussion du sujet sous trois phases : 1° Relation du développement des dents avec la formation de l'os dans le maxillaire; 2° relation de l'usage des dents en fonction avec le développement des os de la face, en ayant présent à l'esprit que chez un individu normal les os de la face sont le résultat de la somme totale des conditions mécaniques auxquelles ils sont soumis distribuées en balance parfaite et en harmonie dans le mécanisme de l'occlusion normale; 3° relation du développement des dents entre elles et distribution des forces fonctionnelles par l'occlusion.

Traitement par l'orthodontie complétant celui du rhinologiste, par A. H. KETCHAM. — Les insuccès après l'enlèvement des adénoïdes par le rhinologiste peuvent être corrigés par l'intervention de l'orthodontiste. Celui-ci par pression douce, mobilise les dents mal fermées dans des positions normales et dans des rapports normaux; il stimule le développement des os, augmentant la grandeur des os maxillaires et la cavité nasale.

En développant l'arcade maxillaire, le toit de la voûte de la bouche et le plancher du nez, la cloison déviée ou en S, sont souvent corrigés chez les jeunes malades et modifiés chez les vieux. 50 % des malades des orthodontistes réclament les soins des rhinologistes, et la réciproque est nécessaire.

A. BOGNE dit que l'orthodontie devrait être divisée en trois chapitres principaux : 1° l'orthodontie lente dans laquelle le rhinologiste a une part minime; 2° le rapide élargissement du maxillaire

supérieur, qui a souvent une grande influence sur la sténose nasale et les déviations; 3° l'orthodontie préventive.

WILLIAM H. HASKIN reconnaît l'avantage que les déviations, les étroitesse du nez peuvent retirer de l'élargissement du palais.

Chez les enfants la suture médiane est fibreuse et l'on conçoit que les mesures prothétiques peuvent élargir le maxillaire permettant une meilleure implantation des dents permanentes. Le rhinologiste est souvent frappé du peu d'amélioration qu'il obtient par la restauration de la respiration nasale après avoir enlevé végétations, amygdales, opérations sous-muqueuses, c'est qu'il existe une étroitesse nasale dans la portion antérieure du nez; l'orthodontiste peut alors remédier à cet état.

Chez l'enfant jeune il y a souvent déviation septale d'un côté ou de l'autre: dans ces cas l'élargissement de l'arcade maxillaire sera presque toujours suivi d'un redressement de la cloison. Ainsi pourraient disparaître, par un examen et un traitement précoce, les déviations que nous observions ultérieurement.

Cependant le prix de ces interventions orthodontiques est très cher, la moyenne est de cinq mille francs. C'est plus que ce que nous recevons d'un malade pendant une longue période d'années.

Les troubles digestifs chez les tout petits et chez les enfants sont sans nul doute des causes des adénoïdes et des amygdales hypertrophiées. Aussi faut-il encourager tous les moyens qui donneront aux enfants une nutrition et une assimilation plus parfaite. Dans notre siècle de vie intensive, le bébé est nourri au biberon. Il ne sait plus mastiquer et aspirer; la succion physiologique du mamelon façonnait ses muscles buccaux. Maintenant par le gros trou de la tétine, le lait coule tout seul, l'enfant avale mais ne fait aucun mouvement de succion. Il ne favorise pas par cet exercice de mastication du mamelon le développement des parties constituantes de la face.

J. LOWE YOUNG montre des projections sur le développement de l'arc dentaire et des dents caduques et permanentes, et insiste sur la nécessité qu'il y aurait à pratiquer des manœuvres d'élargissement de l'arcade maxillaire d'une façon précoce, au lieu d'attendre comme le conseillent certains dentistes, l'âge de 14 ans.

SOHIER BRYANT pense que la correction de l'occlusion nasale devrait commencer avec la séparation du maxillaire et avec la correction orthodontique de la mauvaise occlusion dentaire et devrait précéder toute intervention rhinologique chirurgicale dans les cas de respiration buccale ou d'occlusion nasale chez des malades jusqu'à 15 ans et dans des cas spéciaux jusqu'à 25 ans. La séparation rapide du maxillaire pour la correction de la sténose nasale devrait être entreprise par le rhinologiste.

L'orthodontie a rendu de grands services dans la régularisation de position des dents. La position anormale des dents peut être décelée quelquefois précocement vers 4 ans. La plasticité de cette période précoce assure l'obtention des plus grands succès, avec le moindre effort. De bons résultats de la séparation maxillaire sont certains

jusqu'à 25 ans, ou jusqu'à ce que la suture maxillaire soit fermée solidement.

M. H. CRYER considère dans cette discussion trois points intéressants : 1° l'ouverture de la suture intermaxillaire : ce n'est pas cette suture qui s'ouvre, comme il l'a constaté, mais la suture inter-prémaxillaire ; 2° les largeurs relatives des arcades dentaires et le plancher du nez ; que l'arche dentaire supérieure soit étroite, le plancher du nez sera aussi étroit et vice versa, cette condition est généralement admise. Cependant il y a des cas avec une arcade dentaire très étroite et un plancher du nez anormalement large et vice versa ; 3° les raisons qui expliquent l'amélioration de la respiration nasale et de la santé générale quand les arcades dentaires supérieure et inférieure ont été élargies : dans le cas de rétrécissement palatal et maxillaire la langue comprimée entre les arcades ne trouve pas sa place dans le plancher de la bouche, elle se bombe, fermant presque complètement la bouche en comprimant les tissus mous de la partie postérieure de la bouche. Qu'on élargisse les arcades dentaires étroites, la langue a plus de place, elle se meut en avant, dans une position normale, diminue sa pression sur les tissus mous, permettant ainsi une respiration nasale normale, une ventilation complète et un bon drainage, toutes choses qui améliorent la santé générale.

(A suivre.)

X. — SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

82^e séance : 2 octobre 1912.

Président : JÖRGEN MÖLLER. — Secrétaire : MAHLER.

Compte rendu par JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Traduction par MENIER (de Decazeville).

Document humain pour l'histoire de la trépanation mastoïdienne, par SCHMIEGELOW. — L'orateur a pu entrer en possession du crâne de Johann Justus von Berger¹ qui, comme on le sait, mourut de septico-pyohémie, 13 jours après que le prof. Kölpin lui eut trépané la mastoïde. Le crâne se trouve actuellement dans le Musée de la clinique otologique du *Rikshospital*.

(Cette communication sera publiée *in extenso*.)

Cas de tuberculose isolée du cricoïde, par SCHMIEGELOW. — Homme de 44 ans, en bonne santé jusqu'alors, est pris de gêne respiratoire et de toux ; gonflement à la partie supérieure de la trachée ; moitié gauche du larynx immobile. Après trachéo-fissure on fait une excision exploratrice : examen microscopique : adéno-fibrome. Les troubles respiratoires augmentent ; pour enlever le néoplasme on fait une laryngo-trachéofissure ; en incisant la tuméfaction, il sort du pus pâteux et on trouve la plus grande partie du cricoïde nécrosée ; ex-

1. J. J. von Berger était, si nos souvenirs sont exacts, médecin du roi de Danemark. Kölpin fut assisté, croyons-nous, dans cette opération, par Callisen. L'échec de cette intervention jeta le discrédit sur la trépanation mastoïdienne.

(Le Traducteur.)

mén microscopique : tuberculose. Pas de tuberculose des voies aériennes. En revanche, une affection du genou qui peut être tuberculeuse.

Trois cas de résection totale du larynx pour cancer, par SCHMIEGELOW. — a) Homme de 31 ans avec grande infiltration de la moitié droite du larynx et rupture vers le lobe thyroïdien droit. L'opération se fit très bien, mais le sujet mourut 24 heures après au milieu d'élévation de température et de toux. Dans les deux poumons, foyers tuberculeux anciens caséifiés et fibreux.

b) Homme de 59 ans ; néoplasme ulcéré de la moitié droite du larynx, pas d'engorgement ganglionnaire ; bon état après opération : soit au bout de 7 semaines.

c) Homme de 57 ans ; enrrouement depuis 3 mois, pas d'autres symptômes jusqu'à 15 jours avant l'entrée où il se forma une tuméfaction du côté droit du larynx. Le néoplasme occupait toute la moitié droite de l'organe et avait perforé le thyroïde. 5 semaines après l'opération, le malade va bien et sort.

Cas mortel de corps étranger dans le poumon, par SCHMIEGELOW. — Jeune fille de 19 ans présumée avoir aspiré une aiguille avec nœud en étoffe de la grosseur d'un pièce de 2 pfennigs ; la radioscopie ne montre pas de corps étranger ; la trachéoscopie montre la trachée et le début des bronches en état normal. 2 jours après augmentation de la toux, fièvre, crachats sanglants, plus tard matité dans la fosse sous-scapulaire gauche, souffle bronchique. Une nouvelle bronchoscopie ne donne pas de résultat ; ce n'est que 9 jours après l'entrée qu'on voit le corps étranger sur une nouvelle plaque. Par bronchoscopie on réussit à enlever à grand'peine le nœud situé à 5 cent. de la bifurcation et entouré de lambeaux gangreneux ; on ne voit pas l'aiguille elle-même. Le lendemain matin, mort après une forte hémoptysie. Le cas montre qu'il ne faut pas trop se fier à une radiographie négative ; on ne s'explique pas pourquoi la première plaque, excellente sous tous les autres rapports, n'avait pas révélé l'ombre du corps étranger ; les deux poses furent faites dans les mêmes conditions et par le même radiologiste.

Bosse nasale sur le dos des os du nez opérée par voie intranasale, par L. MAHLER. — Opération par la méthode de J. Joseph ; résultat satisfaisant.

Cas de fibrôme gingival, par L. MAHLER. — De l'âge de 10 à celui de 20 ans, il se développe chez la malade, sur les apophyses alvéolaires supérieures, deux tumeurs qui actuellement se rejoignent sur la ligne médiane et sont nettement délimitées par rapport au voisinage ; on les enlève par anesthésie locale. Deux frères ou sœurs de la malade portaient des tumeurs semblables ; tous trois ont beaucoup souffert des dents.

Traitement endobronchique de la bronchite et de l'asthme, par L. MAHLER. — L'orateur a essayé l'injection endobronchique de novocaïne-adrénaline dans 3 cas de bronchite et 27 d'asthme. 1 cas de bronchite a guéri, 1 fut amélioré, un dernier demeura tel ; 5 cas

d'asthme ont guéri, 10 furent améliorés et 21 n'eurent aucune modification. Dans les cas d'asthme pur, examinés hors des périodes de crise, la bronchoscopie montrait un état normal.

Présentation de malade avec abcès rétropharyngien, par Valdemar KLEIN.

XI. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 27 décembre 1911.

Président : Lee M. HURD. — Secrétaire : S. W. THURBER.

Compte rendu par C. BREYRE (de Liège).

L'angine de Vincent chez les petits enfants. Étude de 24 cas observés au cours de huit mois à l'hospice des enfants trouvés de New-York. Rapport, par J.-A. MULHOLLAND. — *Résumé.* Vingt-trois de ces cas ont été observés pendant les six premiers mois de cette recherche, tous du même foyer, infirmerie n° 3. Cette infirmerie ayant été rigoureusement mise en quarantaine, un seul cas se produisit pendant les deux mois suivants. Bien qu'il y ait d'autres infirmeries en tout point semblables et qu'il y ait 1.500 enfants placés en dehors de l'asile et examinés tous les mois, pas un seul cas d'angine de Vincent ne fut observé chez ces enfants. Parmi les seize nurses de la section n° 3, pas un seul cas non plus à signaler.

Conclusions : 1° Maladie très contagieuse ;

2° La vie en commun en favorise la propagation ;

3° Plus fréquente qu'on ne le croit d'habitude, mais souvent méconnue.

HAYS a vu pendant l'année écoulée quantité de cas d'angine de Vincent dans un asile d'enfants et, dans la plupart des cas, les symptômes observés étaient bien ceux décrits par Mulholland. Dans cette institution, il y avait de nombreux cas de stomatite et de noma ; aucun cas de noma n'avait de signe d'angine de Vincent, mais la plupart des angines s'accompagnaient de stomatite. La plupart furent prises pour de la diphtérie à première vue, mais l'examen bactériologique fut négatif. Presque toujours on voyait des lésions superficielles avec un diamètre d'un demi-pouce environ. Les enfants avaient peu ou pas de température et ne se plaignaient guère, et, à part ces ulcérations et un peu d'adénite, il n'y avait rien de bien particulier à signaler. Six cas de l'espèce furent observés en deux ou trois mois. Il semble que les petits y fussent plus sujets, mais pas plus particulièrement dans une salle que dans l'autre. Dans tous ces cas, la teinture d'iode fut appliquée *loco dolenti* tous les jours, les gencives bien nettoyées à l'eau boricuée et l'état général soigneusement surveillé. Tous guérirent.

KENEFICK rapporte qu'avant de transmettre le service médical à son confrère Mulholland, il avait observé quelques cas isolés d'angine de Vincent identifiés par le microscope, et ils parurent céder rapidement au traitement. Une question intéressante se posait, savoir

s'il s'agissait là d'une endémie hospitalière. Une autre question se pose aussi, celle de savoir si l'exfoliation épithéliale due à l'angine de Vincent rendait ces enfants plus vulnérables vis-à-vis des autres microbes. Il n'a jamais pu y répondre, tous les enfants ayant guéri assez vite. Il apprend avec plaisir que Mulholland a pu, grâce à la quarantaine, purger complètement l'Institution de cette infection.

Émile MAYER doute que le nombre de cas observés soit suffisant pour établir la contagiosité de l'angine de Vincent. En général, l'affection est considérée comme bénigne, mais il rappelle que l'infection peut se propager et donner lieu à de sérieuses complications, ainsi qu'en fait foi une observation d'Arronsmith présentée devant cette Société.

JANKAUER appelle l'attention sur la possibilité de localisations nasales de l'affection de Vincent. Récemment il fut consulté par un malade pour une épistaxis. L'examen révéla une ulcération circonscrite par le dépôt membraneux caractéristique de l'angine de Vincent. Or, quelques taches sur le voile du palais avaient le même aspect et toutes, y compris celle du septum, contenaient les bacilles de Vincent. Cela mérite d'attirer l'attention.

HAYS a vu l'an dernier deux médecins porteurs non pas d'une ulcération gangreneuse, mais d'une simple perte de substance au-dessus de l'amygdale. L'examen révéla les bacilles et spirilles de Vincent. L'ode en application les guérit en quelques jours; la douleur était très vive; pas d'adénite à signaler.

SIMPSON signale la fréquente similitude d'aspect de l'amygdalite folliculaire banale et de l'angine de Vincent. Il a vu récemment un adulte chez qui l'image de la gorge était celle de la tonsillite lacunaire sans le moindre signe d'angine de Vincent. Or, il s'agissait bien de cette infection, ainsi que le démontra le microscope, et l'affection évolua sans la formation de l'aire nécrotique caractéristique de l'angine de Vincent.

HURD demande s'il n'a pas rencontré l'adénite dans tous les cas. Le pronostic est généralement favorable chez les petits, mais peut être très sévère chez les adultes.

BRUCE, dans le « Lancet », juillet 1904, rapporte trois morts sur onze cas observés. En 1908, il a lu une relation avec le même pourcentage de décès. Il se demande si les applications caustiques ne peuvent pas modifier l'aspect des lésions et faire disparaître les agents spécifiques de cette infection. Ne se peut-il pas que des gens meurent d'angine gangreneuse de Vincent ainsi méconnue?

Il relate le cas d'un jeune homme qui guérit. Deux mois plus tard, il pratique chez ce malade l'ablation des amygdales et les microbes de Vincent réapparaissent dans les plaies opératoires, et il lui fallut alors un certain temps pour guérir. La première fois, l'angine avait été prise pour des lésions syphilitiques. Plus tard il contracta la vérole et fut renvoyé avec un diagnostic d'angine de Vincent. Néanmoins, quatre épreuves de Wassermann furent toutes négatives. Cet homme avait évidemment deux affections : une lésion était syphili-

tique, l'autre était due aux microbes de Vincent. Pendant quelques semaines, il fut ainsi observé et ballotté entre deux opinions. Finalement, le 606 le guérit en peu de temps.

CARTER demande si les cas guéris sont sujets à la récurrence. Il y a quelques années il vit un malade de 45 ans qui fit deux angines de Vincent après un intervalle de 8 mois. La première atteinte qui avait duré un certain temps semblait cependant guérie. Chaque fois le microscope montra les spirilles de Vincent.

Récemment ce malade fut revu avec une nouvelle atteinte due indubitablement aux microbes de Vincent. Bien que l'examen bactériologique n'ait pas été pratiqué à la troisième atteinte, tous les signes cliniques étaient tellement caractéristiques qu'il ne peut y avoir aucun doute.

SWAIN rappelle à propos des observations de Mayer qu'il y a de nombreuses années, en 1890 il avait en traitement à sa clinique un enfant souffrant d'une affection de la gorge d'un aspect tout à fait particulier. Il pratiqua un examen à cette époque et découvrit un grand bacille fusiforme. A ce moment ne pouvant comparer cette constatation avec rien de signalé par les auteurs il n'y prit pas autrement garde jusqu'à ce que plus tard Vincent fit sa première publication. Si à ce moment il y avait mis un peu plus de persévérance il eût été salué comme l'auteur de la découverte de cette affection et les bacilles eussent porté le nom de Swain au lieu de celui de Vincent. Carter a signalé la réapparition de l'agent à diverses reprises chez le même individu. Lui-même a observé cette récurrence chez un étudiant, avec contrôle microscopique. Deux fois le mal était unilatéral, une troisième fois bilatéral. Probablement qu'il s'agit d'une latence, d'un engourdissement du bacille dont une cause occasionnelle exalte la virulence. C'est ce que tendrait à prouver l'exemple suivant : un jour une femme de l'hôpital se plaignait de la gorge. A l'examen on vit un grumeau caséux dans une crypte tonsillaire. En pressant sur le point d'émergence, il sortit un flot de matière caséuse comme de la crème sortirait d'un tube comprimé. On fit un examen bactériologique et l'on trouva une culture pure de bacilles de Vincent. Or il n'y avait jamais eu d'atteinte antérieure. Pendant un séjour prolongé pour d'autres causes la femme n'accusa jamais le moindre symptôme. Il s'agissait donc bien là de microbes en véritable sommeil.

KENEFFICK a parlé de la grande vulnérabilité du germe et de sa faible vitalité. Cela explique la facilité avec laquelle le mal guérit sous l'influence de divers traitements. Ayant essayé le chlorure de zinc il en vint à le considérer comme un vrai spécifique, sauf dans un cas où le malade succomba. L'ulcération ayant gagné les vaisseaux du cou il se produisit une hémorragie mortelle.

Les cas qu'il a observés intéressaient principalement l'adulte, surtout des étudiants. La seule fois qu'il a observé l'affection chez un enfant est justement celle où il faillit faire la description de l'agent spécifique. La discussion d'aujourd'hui l'a beaucoup intéressé et il serait heureux de savoir si le Dr Mulholland est parvenu à se rendre compte du mécanisme de l'infection chez les enfants.

CARTER se demande à propos du jeune homme aux récidives dont il a parlé s'il ne faut pas admettre autre chose que l'atténuation du bacille et son entrée en sommeil mais aussi une disposition individuelle particulière.

MULHOLLAND répondant à Kenefick ignore si la maladie expose à d'autres infections. Il n'a pas pu l'observer. Wilson et Andrews (Dom. med. Journal) ont écrit que l'agent de l'angine de Vincent ne s'est jamais trouvé associé à la diphthérie mais bien à la syphilis.

MAYER croit que l'affection n'est que faiblement contagieuse; or en mai 1910 Fraley a signalé des cas de transmission indirecte et en cite plusieurs cas de sa pratique. Si la contagiosité n'est pas prouvée il y a un fait à retenir c'est qu'à l'asile 24 des enfants sur 700 sont touchés par le mal alors que sur 1500 enfants apportés à la consultation par leur mère aucun ne l'a été. A l'hôpital de Manhattan sur plus de 90.000 malades on n'en a observé que 17 cas en trois ans. On n'est jamais parvenu à obtenir une culture pure, quoique Tunnicliff ait eu dans ses cas à lui des résultats cultureux favorables.

Répondant à Jankauer il déclare n'avoir jamais vu de localisation nasale, à Hurd il dit que les cas graves seuls faisaient de l'adénite. En ce qui concerne les caustiques il a vu leur application faire disparaître très rapidement les bacilles, mais 36 heures après on en retrouve déjà. Une chose aussi très intéressante c'est que dans la même section on a trouvé le bacille dans la gorge d'enfants sains.

En ce qui concerne la récurrence, elle ne fait pas de doute. Une atteinte ne confère pas l'immunité.

XII. — SOCIÉTÉ POLONAISE D'OTO-LARYNGOLOGIE.

Réunion à Lemberg, séance du 30 avril 1912.

Président : Prof. JURASZ. — Secrétaire : LEHM.

Compte rendu par R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Un cas de carcinome du larynx, par STACHIEWICZ. — Le malade est intéressant au point de vue de l'évolution de son affection. On hésite entre tuberculose et syphilis tout d'abord. Le traitement mercuriel amena un soulagement notable, mais Jurasz qui vit le malade entre temps fit une biopsie qui démontra un carcinome. Gluck fit une laryngectomie, depuis lors le malade va très bien.

Un cas de carcinome du larynx, par MONDSCHN. — L'histoire de ce malade est identique à celle du précédent. On pensa à de la tuberculose, puis à du sarcome, une biopsie démontra un carcinome.

Corps étranger de l'œsophage, par LITWINOWICZ. — C'est un fragment de viande avec un os que le présentateur vient d'enlever par l'œsophagoscopie; il était depuis 3 jours un peu au-dessous de la bouche de l'œsophage.

Traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures par la méthode de Pfannenstiel, par LEHM. — La méthode de Pfannenstiel appliquée à 3 cas de tuberculose nasale a donné un bon résultat, alors qu'elle est restée impuissante en face de deux cas de sclérome.

Atrésie de la narine droite, par LEHM. — C'est une atrésie complète, cicatricielle, consécutive à un lupus du nez. L'électrolyse, les lamineuses, les drains rigides ont donné un bon résultat.

Séance du 11 juin 1912.

Président : JURASZ. — Secrétaire : WIESER.

Paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur gauche, par WIESER. — Un soldat est présenté, qui, à la suite d'un effort, ressentit une douleur dans la poitrine et éprouva deux jours après de la dyspnée lors de tout mouvement un peu violent. La corde vocale gauche se trouve en position cadavérique. La radioscopie ne dévoile rien. Wieser pense que la lésion est consécutive à une névrite.

Au cours de la discussion STACHIEWICZ maintient qu'il s'agit d'une paralysie *a frigore* de la corde vocale. Jurasz par contre considère ce cas comme une paralysie typique du crico-aryténoïdien postérieur, il le différencie nettement d'une paralysie récurrentielle.

Tumeur épilaryngée, par WIESER. — Il doit s'agir très vraisemblablement d'un fibrome issu du bord postérieur des choanes et surplombant le larynx.

Surdité totale après salvarsan, par BERLSTEIN.

Séance du 2 juillet 1912.

JURASZ donne lecture des vœux émis au congrès des médecins légistes de Cracau au sujet du sclérome :

1^o Tout cas de sclérome doit être déclaré aux autorités, comme cela existe pour toute maladie contagieuse.

2^o Dans les grands centres devraient être établis des pavillons pour le traitement du sclérome et l'étude de cette affection.

3^o Chaque année doit avoir lieu un congrès qui s'occupera de la question du sclérome.

Diaphragme laryngien congénital, par LEHM. — La membrane s'étend de la commissure antérieure aux aryténoïdes, recouvrant les 2/3 de la glotte. Pas de dyspnée. La malade ne veut d'ailleurs subir aucune intervention.

MEIER raconte qu'il a observé un cas analogue consécutif à la diphtérie.

Sclérome du palais mou, des piliers et du larynx, par WIESER. — Le larynx était indemne il y a un mois, alors que le malade se présentait à la clinique pour la première fois. Les lésions des piliers et du palais existaient seules sans infiltrations si bien qu'on pensa à de la syphilis. Le Wassermann fut négatif.

Corps étranger de l'œsophage, par JURASZ. — Un enfant de 8 mois avale un morceau de fer blanc pyramidal à arêtes vives servant à placer les mèches dans les lampes à huile.

Il pouvait cependant avaler sans peine les liquides. A la radioscopie on apercevait le corps étranger placé obliquement à la hauteur de la clavicule et de la première côte. Une première œsophagoscopie permit de voir et de saisir le corps étranger sans qu'on osât toutefois

pratiquer une extraction violente, le corps étranger étranger étant solidement fixé. Deux autres œsophagoscopies furent pratiquées en vue de sectionner ou de plier le corps étranger mais sans succès. Entre temps les portions de l'œsophage avoisinant le corps étranger se mettaient à gonfler, rendant impossible toute manipulation ultérieure.

Enfin on dut recourir à l'œsophagotomie au cours de laquelle on constata que malgré la mise à nu du corps étranger, celui-ci était très difficile à extraire. L'enfant est en voie de guérison.

XIII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE

Séance du 6 mars 1912.

Président : CHIARI. — Secrétaire : HIRSCH.

Compte rendu par M. MARSCHICK (de Vienne).

Nouvelle méthode du diagnostic de la rhinolalie close palatine (spasme palatin), par E. FRÖSCHEL. — L'auteur montre un enfant, qu'il a traité par rééducation fonctionnelle et presque guéri après avoir diagnostiqué la nature de la rhinolalie qu'il présentait, fonctionnelle seulement avec sa méthode d'introduire une sonde un peu courbée à la pince dans le nez. Dans ce cas-là, quoiqu'il n'y ait pas d'obstacle organique entre nez et pharynx, la façon de parler donne l'impression qu'il y a des adénoïdes, et on y trouve au moyen de sa méthode qu'il s'agit d'un spasme du palais, cause de cette rhinolalie, qu'il faut traiter non par opération mais par traitement phonétique.

Prof. RÉTHI. On aime avec raison à enlever d'abord les obstacles organiques et ensuite, si les troubles phonétiques ne disparaissent pas, à conduire le malade chez un professeur d'orthophonie.

WEIL entend chez le patient présenté seulement de la rhinolalie ouverte.

FRÖSCHEL. L'avantage de ma méthode est ce que le médecin peut dire à l'avance aux parents de l'enfant si l'opération visant les obstacles organiques sera couronnée de succès complet ou non.

Cas de tumeur de la trachée, par MARSCHICK. — L'auteur montre un homme de 65 ans, porteur d'une tumeur de la paroi antérieure de la trachée, au niveau du premier anneau, lisse et jaunâtre, du volume d'une fève, probablement de nature chondrale ou chondrosarcomatose.

Cas d'œsophthalmie de l'œil droit, causée par une tumeur de l'orbite, par MARSCHICK. — L'auteur présente un homme de 42 ans, chez qui l'exophtalmie se développe très lentement, depuis 6 mois, sans symptôme inflammatoire. Le diagnostic différentiel présentait des difficultés parce que la région du cornet moyen montrait de l'œdème et de la sécrétion. Toutefois le prof. Chiari, en opérant le patient, avant de faire l'opération radicale de l'éthmoïde et du sphénoïde, cru devoir examiner plus complètement l'orbite, et il trouva une tumeur du volume d'un œuf, de couleur livide et bleuâtre, et, comme le démontra l'examen microscopique, de nature *haemangioma caver-*

neux. L'ethmoïde, opéré quelque temps plus tard, était atteint d'œdème collatéral.

Cas de kyste par rétention de la bourse pharyngée, par J. BRAUN. — L'auteur montre un homme de 26 ans, qui, au premier examen, présentait une tumeur lisse et jaune pâle du nasopharynx, de consistance tendue et élastique, ce qui fait penser à un kyste. L'incision donna deux cuillerées d'une purée épaisse et clair jaunâtre. L'examen histologique démontra que la paroi du kyste rappelait les figures des cystadénomes.

Cas de glande lymphatique tuberculeuse rétropharyngée, par E. GLAS. — C'est le stade primordial d'un abcès froid rétropharyngien. La réaction ophtalmique de Calmette fut positive. Rien de tuberculeux autre part.

Cas de tuberculose primitive de l'entrée du nez et de l'amygdale, par E. GLASS. — Homme de 20 ans, ne présentant pas d'hérédité et n'ayant pas de symptômes tuberculeux autre part.

Cas de sinusites sphénoïdale suppurée, fétide, fibrineuse, guérie par l'éloignement de la membrane adhérente, par E. GLASS. — L'examen de Glas avec le diapason fut positif. L'auteur pouvait enlever tout le revêtement membraneux du sinus sphénoïdal qui faisait saillie au dehors. Guérison après cette extirpation complétée par des badiageonnages au sublimé.

KOFLER confirme l'importance de la méthode du diapason de Glass après sa propre expérience de 70 cas environ.

Cas de papillome de la luette allongée, par TSCHIASSNY.

Cas d'hémorragie très dangereuse après la tonsillectomie, par A. HEINDL. — L'auteur montre les préparations microscopiques de l'amygdale extirpée du patient, qui ne pourrait guère être sauvé, et prétend prouver que c'étaient les vaisseaux élargis et multipliés, probablement après des angines répétées, qu'avaient endurées le patient, qui furent la cause de l'hémorragie extraordinaire.

Le prof. KOSCHIER est d'avis qu'on a probablement laissé quelques restes de la capsule qui, d'ordinaire, sont la cause des hémorragies importantes.

Cas de sténose chronique du larynx, causée par cricotomie faite d'urgence, par KOFLER. — Celle-ci guérit simplement par transfert de la canule du cartilage cricoïde à la trachée. L'auteur montre une enfant de 6 ans qui fut trachéotomisée pour sténose au cours d'une diphthérie scarlatineuse, il y a 4 semaines. La laryngoscopie directe démontrait l'existence des tuméfactions sous-glottiques se touchant presque; elles disparurent en 4 jours après la trachéotomie inférieure et l'on put décanuler.

Cas de troubles d'estomac sérieux, disparus après la tonsillectomie, par KOFLER. — L'auteur présente une fille de 19 ans qui souffrait de mal de tête, de tremblement des extrémités, de vertiges et de vomissements l'empêchant de prendre de nourriture depuis des semaines. La tonsillectomie fit disparaître momentanément ces troubles. L'auteur rappelle ses observations concernant des troubles

gastriques causés par l'écoulement du pus des cavités accessoires du nez, atteints de suppuration.

Cas d'hémangiome caverneux de la muqueuse de la bouche, par HUTTER. — La tumeur est étalée sur la lèvre inférieure, sur la pointe de la langue, sur son bord latéral et son dos, sur la joue droite et le palais mou. Rien comme indication thérapeutique.

Rapport sur les opérations faites sur l'amygdale, par M. WEIL. — L'auteur présente ses observations sur les modifications apportées par les méthodes modernes et ses opinions sur la question de la tonsillectomie. M. Weil dans beaucoup de cas a extirpé toute l'amygdale, c'est-à-dire fait une tonsillectomie extracapsulaire, avec le vieux et éprouvé Matthieu. Il condamne l'indication trop radicale des spécialistes d'aujourd'hui qui ne font que les opérations radicales des Américains, c'est-à-dire l'énucléation avec les disséqueurs ou avec l'instrument de Sluder, modifié par Ballenger. On avait de bons résultats en faisant la tonsillotomie dans les hyperplasies simples et actuellement on n'a pas moins de succès. Il est certain que l'hémorragie est plus grande et plus fréquente avec opérations modernes. Les auteurs de ces méthodes n'aiment pas à donner des tableaux de statistiques opératoires exacts. Ballenger même convient que sa méthode fait échec dans 20 à 25 %. Chaque hémorragie qui dure encore dix minutes après l'opération doit être considérée sérieuse. Weil rappelle sa méthode autostatique, qui consiste en une petite baguette de bois, enveloppée d'ouate, avec laquelle le patient se tamponne lui-même en la fixant entre ses dents. Les opérateurs qui ont fait des milliers de tonsillectomies d'après les méthodes anciennes n'ont pas à laisser diminuer leur succès. Jamais il ne faudra accepter sans protestation la sentence de Ch. Jackson : « La tonsillotomie est une opération non justifiée ».

XIV. — ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE MADRID

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 20 avril.

Compte rendu par E. BOTELLA (de Madrid).

Traduction par B. DE GORSSE (de Luchon).

État actuel de la chirurgie laryngée, par TAPIA. — L'auteur présente quelques malades opérés d'extirpation et qui, pourvus d'appareils phonatoires, parlent avec assez de facilité. Il profite de cette circonstance pour faire une communication sur l'état actuel de la chirurgie laryngée.

Il dit que le traitement chirurgical est le seul efficace dans le cancer laryngé malgré la mortalité, les récidives et l'état dans lequel il laisse les malades. Ces inconvénients ont été en grande partie évités en suivant la technique de Glück.

L'extirpation totale qui, auparavant, se faisait rarement en Espagne, est, grâce aux travaux de Cisneros, Baltar de Santiago, Lazarraga et de Botey, généralement acceptée et se fait fréquemment ; la mortalité a considérablement diminué.

Quant aux récidives, Tapia considère que le cancer laryngé est celui qui les offre le moins fréquemment, parce qu'il peut être opéré de très bonne heure et donne lieu à des symptômes qui ne peuvent passer inaperçus, comme par exemple l'enrouement, parce que sa constitution histologique n'est pas favorable à la diffusion et parce que les cartilages qui forment le larynx constituent jusqu'à un certain point une barrière qui est franchie difficilement à cause de la rareté des lymphatiques.

Pour ce qui est de la vie des opérés, Tapia montre qu'elle peut être ce qu'elle était avant : un de ses opérés s'occupe aussi facilement qu'auparavant de ses affaires.

Il expose ensuite les divers procédés employés dans le traitement chirurgical du cancer laryngé. Tapia préfère l'hémilaryngectomie et l'extirpation totale par le procédé de Glück en un temps, qu'il a employé dans trois cas ; il l'aime mieux que l'extirpation en deux temps : 1^o Parce qu'il n'y a pas de nécrose des anneaux de la trachée, ce qui arrive fréquemment quand on fixe cet organe ; 2^o parce que la peau se continue directement avec la muqueuse, et comme il n'y a pas de rétraction, les malades peuvent enlever la canule, enfin, 3^o parce que la guérison est plus rapide.

Tapia termine en citant les faits récemment publiés par Glück, faits se rapportant à sa statistique ; il cite également la sienne propre qui comprend 13 cas avec une mort opératoire, deux morts au bout de deux mois, une autre dans l'année, deux récidives à 3 et 12 mois, un cas sans récidive depuis un an, un guéri depuis 4 ans ; les quatre derniers cas sont de date récente.

XV. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 20 octobre 1911.

Président : W. MILLIGAN.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

Trois cas d'otite moyenne suppurée, par W. MILLIGAN.

CAS I. — *Erosion localisée au canal semi-circulaire externe, opération, guérison.* — Homme 25 ans ; suppuration chronique de l'oreille gauche avec accès fréquents de vertige.

Oreille droite : il y a trois ans opération pour mastoïdite avec thrombose du sinus.

Oreille gauche : perforation large, suppuration fétide. Conversation ordinaire bien entendue, diapason localisé à gauche. Fonctions de l'oreille interne droite abolies. Pas de nystagmus spontané, mais « fistel-symptôme » bien marqué à la pression du tragus en dedans. Épreuves caloriques : à droite sans réaction ; à gauche : 40 secondes, rombergisme.

Opération : ouverture de la mastoïde, cholestéatome, large fistule dans le canal externe. A la suite ouïe légèrement améliorée, poulx reste lent pendant 8 jours, puis devient normal.

Au bout de 6 mois : guérison complète, pas de vertige, ouïe améliorée.

CAS II. — *Large érosion du canal semi-circulaire externe, opération, guérison.* — Homme 35 ans, otite suppurée datant de 10 ans, accès intermittents de vertiges très violents. Température : 98° 2 F., pouls 74.

Oreille droite : perforation large du tympan, pus fétide, mastoïde indolore. Ouïe = 1/60, diapason latéralisé à droite. Nystagmus spontané, mouvement rapide partant de la lésion. Nystagmus croissant avec eau froide ou chaude, 45 secondes. « Fistel-symptôme » bien marqué ; rombergisme, chute à droite, yeux fermés et pieds réunis.

Opération : ouverture de l'antre, os sclérosé, cholestéatome, large fistule dans le canal externe. Après 5 mois, guérison, pas de vertiges ni autres troubles.

CAS III. — *Erosion du canal semi-circulaire externe, labyrinthite.*

- Garçon, 17 ans, otite suppurée à gauche datant de 15 ans. Depuis trois semaines, vertiges fréquents avec vomissements ; température : 99° 8 F., pouls 80. Conduit gauche complètement rempli de fongosités, pus fétide, sensibilité légère à la pression de la mastoïde. Montre non entendue, voix parlée bien perçue. Nystagmus spontané, mouvement rapide venant de la lésion, pas de « fistel-symptôme ». Pas de réaction nette avec eau froide, eau chaude. Pas de rombergisme. S'il essaie de se tenir debout sur une jambe, les yeux fermés, tombe à gauche. Réflexes patellaires exagérés ; ni Babinski, ni Kernig.

Opération : Cure radicale complète ; large fistule du canal externe entourée d'os d'apparence nécrosée. Pas de pus. Os malade cureté ; canal membraneux pas ouvert. A la suite nystagmus semble plus marqué.

Abcès temporo-sphénoïdal à la suite d'une otite moyenne suppurée ; opération, guérison, par W. MILLIGAN. — Homme 28 ans, otite suppurée ancienne à droite, céphalées intenses depuis plusieurs jours ; sensibilité de l'antre mais pas sur la zone cérébelleuse temporo-sphénoïdale ; pouls 90, température : 102 F. Ptosis léger à droite, pas de névrite. Réflexe rotulien marqué, Babinski à gauche. Liquide céphalo-rachidien trouble, polynucléose, pas de microbes. La température redescendit ensuite à la normale, pouls lent (44), hébétude mentale croissante.

Opération : ouverture de l'antre, cholestéatome. Mise à nu du lobe temporo-sphénoïdal, dure-mère couverte de granulations. Incision dans le lobe temporo-sphénoïdal, abcès, évacuation de 60 grammes de pus ; drainage. Guérison au bout de 5 semaines.

Abcès temporo-sphénoïdal, suite d'otite moyenne suppurée ; opération, mort, par W. MILLIGAN. — Homme 21 ans, entre à l'hôpital dans un état demi-comateux, ne peut répondre aux questions. Conduit gauche plein de pus, pas de fongosités ; douleurs de l'antre. Température 99° 4 F., pouls 58. Tête légèrement rétractée, mouve-

vents douloureux. Ni névrite, ni ptosis, ni nystagmus; léger strabisme convergent. Réflexes : patellaires exagérés, pas de Kœnig. Babinski à droite. Liquide cérébro-spinal sous pression, d'aspect laiteux, polynucléose. Pas de bactéries. Diagnostic : abcès intra-crânien (temporo-sphénoïdal ou cérébelleux) avec méningite. Cure radicale complète. Ouverture du lobe temporo-sphénoïdal, abcès, drainage.

Après l'opération, pas d'amélioration, pouls lent, irrégulier; température reste élevée; état mental mauvais. Exploration du cervelet par paroi antrale postérieure, pas de pus. Ponctions répétées. Aggravation des symptômes. Puis amélioration considérable une semaine après; mouvements de la tête possible, disparition de la raideur de la nuque, état mental amélioré. Dix jours après, récurrence, puis aggravation rapide et mort.

Autopsie : Abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal sec et bien drainé, rien dans le cervelet; méningite basale (fosse moyenne), lobe temporo-sphénoïdal volumineux, mou et semi-purulent.

Malformation du canal sémi-circulaire externe osseux avec photographie, par Arthur H. CHEATLE. — Temporal droit d'une femme atteinte de mélancolie, morte de cancer de l'utérus et de bronchopneumonie. Canal osseux externe forme une large cavité à parois lisses s'ouvrant largement dans la paroi externe du vestibule. Petite masse osseuse mamelonnée partant de la partie postérieure de la voûte échancrée.

Auriscope électrique, par P. MACLEOD YEARSLEY.

Electro-nasopharyngoscope de Holmes, par P. MACLEOD YEARSLEY.

Tumeur fluctuante au niveau de la pointe de la mastoïde et de la région mastoïdienne droite dans un cas d'affection mastoïdienne chronique, par HUNTER TOD. — Homme 48 ans, otite moyenne suppurée chronique avec paralysie faciale à droite. Opération de Schwarze, le 3 février 1903. En octobre 1904, céphalée violente, suppuration de l'oreille droite, gros polype obstruant le conduit auditif. Cure radicale par l'auteur. Lésion étendue, ayant envahi surtout la pointe de l'apophyse et le plancher du conduit. Mise à nu de la partie inférieure du sinus latéral et du bulbe de la jugulaire, dont les parois semblaient saines. Guérison rapide sauf au niveau du plancher de la cavité tympanique. Le malade quitte l'hôpital; en février 1905 rentre à nouveau avec deux trajets fistuleux conduisant vers la pointe de la mastoïde. Réouverture de la plaie postérieure: on enlève l'os bordant la fosse jugulaire qui était nécrosée. La paroi du bulbe de la jugulaire étant perforée, les parois du sinus et du bulbe épaissies et couvertes de granulations. Une incision donne issue à du sang; tamponnement. A la suite semble guéri.

Le 3 octobre 1914, vives douleurs dans l'oreille droite; tuméfaction ayant débuté en dessous et en arrière de l'oreille il y a 2 à 3 ans; a augmenté de volume peu à peu. De plus, tumeur fluctuante de la région parotidienne et gros polype remplissant le conduit, adhérent à la partie postéro-inférieure de celui-ci. Petite fistule derrière l'oreille.

Surdité unilatérale absolue chez des enfants, par Richard Lake.

CAS I. — Jeune garçon absolument sourd d'une oreille pour la conductibilité osseuse et aérienne ; développement compensateur de l'autre oreille. La lésion de l'oreille malade doit dater de la première enfance.

CAS II. — Fillette de 4 ans $1/2$; quelques végétations adénoïdes que l'auteur ne croit pas utile d'enlever. Surdité absolue d'un côté. On a dû faire pour sa naissance une application de forceps ; aurait eu une paralysie faciale.

CAS III. — Fillette de 7 ans. On ne trouve aucun antécédent de traumatisme ou de maladie. Oreille gauche complètement sourde ; compensation de l'autre. Tous ces enfants sont très intelligents. Peut-on incriminer une lésion de l'écorce cérébrale due à une application de forceps ; ou bien s'agit-il d'une malformation intra-utérine.

Note sur le traitement du cholestéatome, par RICHARD LAKE. — Il faut surtout obtenir une sécheresse absolue. Contre le traitement par l'alcool, l'auteur exprime les raisons suivantes : 1   l'alcool même appliqué avec soin amène rarement la guérison ; 2   et s'évapore moins rapidement qu'il n'absorbe d'eau ; sauf quand il est absolu, il renferme de l'eau qui reste après l'évaporation de l'alcool. L'auteur préfère l'éther ; la br  l  re et la douleur sont moindres qu'avec l'alcool. Il fait un badigeonnage de la zone malade avec un tampon imbibé d'éther, puis souffle doucement avec une poire.

Sarcome de l'oreille externe, par RICHARD LAKE. — Homme de 71 ans, tumeur ayant débuté il y a 4 mois par un petit bouton augmentant rapidement de volume, avec hémorrhagies fréquentes et abondantes depuis deux mois ; pas de douleur. La tumeur provient de la partie supérieure du pavillon, conduit pas envahi ; pas d'adénopathie.

Le microscope révèle un sarcome mixte à cellules rondes et fusiformes. Tumeur enlevée, réunion par première intention. Le malade aurait reçu il y a 7 ans un coup de poulie, causant une plaie qui n'a jamais guéri, et qu'il grattait constamment.

Surdité hystérique diagnostiquée et guérie par l'épreuve vestibulaire calorique, par DAN MACKENZIE. — Malade d'âge moyen, très sourde à droite depuis l'enfance, n'entendant que de l'oreille gauche, mais très bien jusqu'à il y a 2 mois. Tympan droit cicatriciel, à gauche ancienne perforation. On pensait à une dégénérescence labyrinthique consécutive à une ancienne affection otitique ; le labyrinthe avait été atteint récemment.

  preuve calorique en mesurant la période d'induction : Oreille droite, léger nystagmus après 60 secondes (la normale est de 25 à 35 secondes) et un très léger vertige. Oreille gauche, nystagmus marqué en 25 secondes avec vertige et crise de larmes et sanglots. A la suite la malade entendait ; la voix chuchotée était perçue à gauche à 24 pieds au lieu de zéro. A droite l'ou   restait stationnaire. Elle aurait eu plusieurs fois des aphonies subites guéries par

l'électricité. C'est le souvenir des résultats obtenus par le traitement antérieur associé au violent choc mental de l'excitation vestibulaire qui a guéri la surdité.

Disparition du vertige auriculaire (syndrome de Ménière) par le traitement de la constipation, par DAN MACKENZIE. — L'auteur dans une précédente réunion a montré un cas de vertige de Ménière amélioré par le régime végétarien et l'iodure de potassium. Après six mois de traitement, les accès vertigineux ont disparu.

Le malade actuel âgé de 30 ans, se plaignait de bourdonnements à gauche, on trouve des signes d'une légère surdité nerveuse.

Epreuves vestibulaires : Oreille droite, nystagmus 30 secondes, petits mouvements, pas de vertige ; oreille gauche, nystagmus 25 secondes, vertige. Rien du côté du système nerveux expliquant cette surdité nerveuse ; oreille moyenne paraissait saine.

Neuf ans auparavant, attaques répétées de vertiges et de vomissements, présentant d'abord de longs intervalles (8 et 6 mois) puis de plus courts. A chaque attaque au début : bourdonnement à gauche ; puis souvent au bout de 6 mois de la surdité et des vertiges obligent le malade à se coucher. Plus tard : nausées et vomissements, dans la suite ces phénomènes disparaissent.

Depuis deux ans : disparition des accès à la suite d'un traitement de la constipation. Mais les bourdonnements sont devenus continus depuis deux ans.

L'auteur admet l'action d'une toxine d'origine gastro-intestinale agissant sur les terminaisons nerveuses labyrinthiques ou sur les centres nerveux. En raison de la persistance des bourdonnements, il faut plutôt admettre une lésion labyrinthique.

Exostose du conduit, présentation du malade après l'ablation, par C. E. WEST. — Homme de 26 ans ; conduit gauche complètement obstrué par une exostose à surface lisse, lobulée, indolore, mais sensible au toucher. Surdité, douleurs de compression. Opération : 27 septembre, incision rétro-auriculaire, tumeur détachée en bloc à la gouge ; adhérente au cadre tympanique et au plancher du conduit osseux. Après l'ablation, on aperçoit une petite perforation de la m. t. avec un cholestéatome ; ablation de la paroi externe de l'attique, greffe introduite dans le conduit.

La masse est dure, elle a 16 millimètres sur 10 à sa base, et 10 millimètres de haut.

Suppuration chronique ancienne de l'oreille avec attaques épileptiformes, par J. DUNDAS GRANT. — Fenêtre ovale largement exposée. Petit nodule osseux blanc irrégulier à la partie supérieure du promontoire. Sans doute une portion de l'étrier disloqué. Il y a quatre ans on a pratiqué une ossiculotomie. La fenêtre ovale est fermée en dedans par une membrane ; l'auteur voudrait savoir s'il s'agit de l'utricule membraneux et si le nodule est une portion de l'étrier.

Epithélioma de l'oreille externe, par G. N. BIGGS. — Petite tumeur à la partie supérieure du pavillon, sans adénopathie. Ablation, guérison.

Un cas d'abcès temporo-sphénoïdal et de méningite consécutive à une suppuration de l'oreille moyenne, par J. DUNDAS GRANT. — Il y a 20 ans, écoulement des deux oreilles, surtout à gauche ; à cette époque irritabilité du malade, céphalées violentes à gauche. Il y a 12 ans la suppuration cessa ainsi que les céphalées et les autres symptômes.

Il y a 15 jours, fortes douleurs dans l'oreille gauche ; il aurait eu du délire. Grande agitation, par moment pousse des cris, tenant la tête entre ses mains ; température : 102°4 F., pouls 100, légèrement irrégulier. Tache méningée.

Ponctions lombaire : liquide céphalo-rachidien sous pression, trouble. Névrite optique à gauche, engorgement vasculaire à droite. Opération immédiate ; pus dans le labyrinthe, méningite trop diffuse pour une intervention opératoire. Mort trois jours après l'opération.

Autopsie. — La propagation s'est faite par le labyrinthe et le conduit auditif interne. Affaissements des circonvolutions du lobe temporo-sphénoïdal, mais celles-ci semblent saines. Gros abcès temporo-sphénoïdal à parois très épaisses ; contenu stérile.

Pour l'auteur l'abcès datait de la suppuration otitique d'il y a 20 ans ; il s'était encapsulé, la suppuration de l'oreille moyenne ayant cessé. Le malade a succombé à une autre infection intra-crânienne due à une nouvelle poussée d'otite moyenne. Le malade était boxeur, luttant régulièrement depuis 20 ans.

XVI. — SOCIÉTÉ DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DE MOSCOU

Séance du 25 avril 1912.

Président : E. STEPANOFF.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

Présentations de malades, par N. SCHNEIDER. — 1° *Ulcus rodens auriculæ dex.* (cancer à petites cellules) ; 2° *Pyocèle* ; 3° Malade ayant une *destruction complète de la cloison nasale* par suite de syphilis ; extérieurement le nez ne présente cependant aucune déformation apparente.

Sclérome du nez, du pharynx et du larynx, par S. LÉBÉDINSKY. — Femme âgée de 20 ans. Vint consulter pour gêne de la respiration. Le nez ne présente extérieurement aucune lésion. A la rhinoscopie antérieure on constate que le cornet inférieur à gauche et à droite est recouvert de croûtes sous lesquelles la muqueuse est très pâle. A la rhinoscopie postérieure on voit que les choanes surtout du côté droit, sont rétrécies. Le voile du palais est peu mobile. Le pilier postérieur droit est infiltré. L'extrémité antérieure de la fausse corde vocale gauche présente une végétation en demi-lune. Sous les cordes vocales il existe une grosseur pâle qui rétrécit la lumière du larynx. Il n'y a pas d'ulcération, ni de douleur, ni d'odeur fétide.

L'affection dure depuis 3 ans. La réaction de Wassermann est négative. Avec le mucus recueilli dans le nez et le pharynx, on obtient.

une culture pure de bacille de rhinosclérome ; l'examen histologique de fragments pris par biopsie montre l'aspect caractéristique du sclérome. On injecte 0,60 de salvarsan, mais il n'y a pas encore de modification dans l'affection, cependant la malade se sent mieux, peut-être par suite de l'élévation de la température qui s'est produite après l'injection. Dans la clinique de Chiari on a observé 4 cas de rhinosclérome qui s'améliorèrent après un érysipèle avec température élevée. L'affection étant contagieuse, l'auteur propose d'isoler ces malades comme des lépreux.

Correction d'une déformation nasale par une opération ostéoplastique, par E. MALIOUTINE. — L'orateur indique d'abord quelques inconvénients des injections de paraffine : il reste quelquefois des rougeurs de la peau, quelquefois il y a de la cécité, c'est pourquoi il préfère faire une opération. Il présente une malade âgée de 20 ans chez qui il a introduit il y a deux mois sous la peau du côté droit du nez une lamelle osseuse avec son périoste prise sur le tibia. L'os se greffa bien, le résultat est bon. Il persiste cependant encore sur l'endroit opéré un peu de rougeur et de sensibilité douloureuse.

D'après GUITELSON, on pourrait avec avantage, greffer un fragment de cartilage costal.

RESSER. Les injections de paraffine offrent peu de danger chez la malade présentée, il sera nécessaire de compléter l'opération par des injections.

Sur les troubles de l'oreille dans la syphilis et leur traitement par le salvarsan et par le mercure, par E. STEPANOFF. — L'orateur a fait plus de 100 examens de l'oreille chez 33 malades âgés de 16 à 30 ans, atteints de syphilis papuleuse avec récurrence. Les examens étaient faits toutes les 2 semaines pendant plusieurs mois par la parole et le chuchotement, les diapasons de Lucae, par le monocorde, le sifflet de Galton et la réaction calorique. Les troubles sont très notables à l'examen par l'appareil de Brunnings ; assez souvent on constate une diminution de la sensibilité, plus rarement une augmentation ; dans un cas il y avait de l'hyperesthésie calorique ; le plus souvent il y avait statu quo. On peut se demander si la diminution de la sensibilité ne pourrait pas être un symptôme avant-coureur de la maladie de Ménière. Ces signes s'observent non seulement chez les malades qui ont reçu du salvarsan, mais aussi chez ceux qui n'ont été traités que par le mercure de sorte que l'orateur pense qu'ils sont dus à la syphilis elle-même et non aux médicaments. Dans le domaine de l'acoustique on note le plus souvent une élévation avec l'âge vers le statu quo, plus rarement un abaissement et statu quo. Les troubles sont plus persistants avec le traitement mercuriel. A l'examen par le diapason C_4 on observe après l'injection de salvarsan un abaissement dans les $\frac{2}{3}$ des cas, ce qui indique une lésion de l'appareil nerveux ; avec le mercure les résultats sont analogues. L'examen par les diapasons C_1 , C_2 , C_3 , et C_5 n'indique rien de particulier. A l'examen par le monocorde, on remarque après le salvarsan une grande élévation de la limite supérieure de la perception.

Les polypes hémorragiques de la cloison nasale, par A. FELDMANN. — Les polypes de la cloison ne sont pas très fréquents ; ils sont constitués surtout d'un tissu de granulation avec des vaisseaux néoformés. Mais tel ou tel élément peut disparaître et l'on voit se former des tumeurs ayant le caractère du fibrome, de l'angio-fibrome, de l'angiome, du carcinome. Les polypes hémorragiques se développent souvent lorsqu'il y a de l'atrophie des glandes et de la rhinite sèche antérieure. L'orateur a observé 3 cas dans le courant de l'année ; les malades ont été opérés à plusieurs reprises, car il y a eu toujours des récidives.

MALIOUTINE remarque qu'on observe aussi des polypes semblables dans d'autres régions du nez.

Note sur l'opération radicale dans l'empyème frontal par un procédé simplifié, par N. SCHNEIDER. — L'orateur remarque que le procédé communiqué dans la dernière séance par Malioutine sous le nom de : Opération de Killian modifiée est tout à fait différente de celle de Killian, mais on ne peut encore se prononcer sur ses avantages ou ses inconvénients.

XVII. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 16 avril 1912.

Président : Joseph C. BECK.

Compte rendu par SHAMBAUGH (de Chicago) et H. MASSIER (de Nice).

Discussion sur les manifestations cliniques d'une affection de gorge épidémique observée pendant le dernier hiver :

Pathologie et bactériologie de cette affection septique de la gorge (Laboratoire de Saint-Luke's Hospital, Chicago), par DAVID J. DAVIS. — Au cours de l'hiver 1911-1912, et surtout fin décembre et en janvier, il apparut à Chicago une épidémie de mal à la gorge. Les caractères étaient la gravité, la fréquence des adénites, l'apparition répétée de complications sérieuses et souvent mortelles. L'agent infectieux était un streptocoque encapsulé prenant le gram et fortement virulent pour les animaux, paraissant se ranger entre le streptocoque hémolytique et le streptococcus mucosa. Ce n'est pas un pneumocoque.

A l'autopsie, on relevait des péritonites aiguës, des pleurésies aiguës, des amygdalites et de la septicémie. Le point de départ était une infection amygdalienne ou pharyngée. Le fait d'une même origine paraît avoir été, dans la majorité des cas, la source commune d'infection.

L'épidémie chez les enfants, par FRANK H. WALLS. — Le début fut soudain, sans convulsion. Température très élevée, 40° environ, avec prostration. L'enfant paraît très malade. La gorge est très injectée, avec plus tard de l'exsudat sur les deux amygdales. Après quelques jours, l'amélioration se produit et alors un à deux jours plus tard il se manifeste des complications.

Complications les plus usuelles : adénite cervicale bilatérale (sans suppuration). Les oreilles sont souvent atteintes, avec anesthésie spontanée ou opératoire du tympan, avec otorrhée.

Pas de complications pulmonaires : 2 fois péritonite ; 2 fois anthrite suppurée ; 2 fois hématurie (peut-être due à l'absorption d'urotropine) ; 2 fois rash scarlatiniforme au début de la fièvre ; 2 cas avec érysipèle.

Le lait lui paraît aussi avoir été le véhicule de l'infection.

Infection septique de la gorge, par MARK T. GOLDSTINE. — Processus chronique de trois semaines à deux mois. Hypertrophie ganglionnaire. Pronostic favorable sauf complications. Traitement : celui des septicémies. Gargarismes doux et urotropine.

Il vit un cas de synovie du genou. 3 cas de mort : un de méningite, un de septicémie, un d'endocardite.

Ce que le laryngologiste a trouvé, par G.-P. HEAD. — Les manifestations pharyngées n'ont pas eu une intensité plus grande dans les cas actuels que dans les hivers précédents. Peut-être le réveil d'affections aiguës sur un terrain chronique a-t-il diminué la fréquence des interventions opératoires habituellement pratiquées à pareille époque. Le spécialiste n'a pas eu à intervenir parce que la nature des affections aiguës n'a pas nécessité de consultation avec lui.

Charles M. ROBERTSON a reconnu dans ses cas ce streptocoque hybride qui tient le milieu entre le streptocoque hémolytique et le streptococcus mucosa.

La caractéristique de cette épidémie, c'est la presque totalité des phlegmons du cou et de la gorge après les simples amygdalites. Cette esquinancie paraissait due à une cellulite des tissus environnants. Dans quelques cas, l'infiltration donnait l'impression d'une angine de Ludwig. Il y eut aussi des cas d'œdème de la glotte, et un cas d'œdème de l'épiglotte avec œdème de la glotte.

Il crut un jour être obligé de trachéotomiser un malade pour œdème de la glotte qui disparut, mais qui fut suivi de phlegmon de la gorge qui s'étendait de la clavicule à l'apophyse mastoïde et du sterno-cléido jusqu'à la ligne médiane du cou. Ce phlegmon ne suppura point. Il vit un jour aussi une amygdalite folliculaire dégénérer rapidement en infection septique et mort par infection des reins, urinant une albumine presque solide et par infarctus pulmonaire.

Chez un autre malade, il refusa d'opérer une hypertrophie amygdalienne après une infection streptococcique. Il demandait un délai de deux à trois mois. Un autre laryngologiste n'eut pas la même prudence, opéra et le malade fut atteint de la plus belle suppuration cervicale bilatérale au point de nécessiter un séjour de cinq semaines à l'hôpital, après avoir même failli mourir. On fut obligé d'opérer deux fois la suppuration du cou.

HOLINGER ne croit pas qu'on ait observé cet hiver plus de pharyngites ou de naso-pharyngites que les autres hivers. Les symptômes n'avaient rien de particulier. L'épidémie actuelle n'était pas diffé-

rente des épidémie antérieures et l'idée d'incriminer le lait n'est pas solide. Pour le traitement de cette forme de pharyngite à forme infiltrée rouge et hypersensible, il faut agir par badigeonnages énergiques de la muqueuse à l'iodure de potassium; les lavages et les pulvérisations balayent le mucus, mais ne pénètrent pas dans la profondeur des tissus.

L'aspirine et les salicylates agissent admirablement contre l'infection générale.

H. KAHN a vu des infections laryngées dans l'épidémie de cet hiver : de l'œdème de la glotte et de l'épiglotte. Dans un cas après une amygdalite streptococcique, il y eut guérison, et une semaine après, épiglottite avec formation d'abcès qu'on dut évacuer. Guérison.

Au cours de cette épidémie, les complications laryngées furent plus fréquentes qu'habituellement.

J.-R. FLETCHER a vu que dans les cas très graves le début était rapide et dans les cas moins sérieux il était lent. C'était dans certains cas l'amygdale qui était atteinte primitivement; dans d'autres, c'était la muqueuse nasale.

Dans une famille de ses clients, de six enfants, le père, la mère et une jeune fille et la femme, tous furent atteints, sauf trois enfants qui avaient subi l'amygdalectomie l'année auparavant. De ces trois enfants, une seule eut une attaque légère. Deux autres enfants eurent des convulsions. La mère eut une amygdalite à symptômes spéciaux décrits dans cette épidémie, avec hypertrophie unilatérale intense; il n'y avait pas de pus.

Dans trois cas il fit une erreur de diagnostic en croyant à l'existence d'un abcès péritonsillaire.

Il fut appelé chez une jeune fille dont la maladie traînait depuis six semaines. Aggravation subite avec adénite cervicale intense en rapport avec une amygdale hypertrophiée volumineuse. Otite, mastoïdite, trépanation avec issue de pus sans modification de température. On décide, malgré la gravité de l'intervention, d'enlever l'amygdale hypertrophiée. Les résultats furent parfaits sur la température qui redevint normale. Guérison. Un autre malade eut une infection à début amygdalien sévère, avec empyème maxillaire et complication auriculaire. Puis péricardite et endocardite, puis arthrite. Le malade faillit mourir.

Le lait peut avoir été le véhicule de l'infection.

Pour le traitement : aspirine à l'intérieur. Badigeonnages énergiques à la glycérine phéniquée.

H.-W. LOEB a vu le malade de Robertson à qui on enleva en pleine crise l'amygdale : celle-ci avait à son centre un tout petit peu de pus.

L'intérêt de l'épidémie actuelle réside : 1° dans la durée de l'amygdalite aiguë; 2° dans le fait que tous ces cas n'ont pas eu la même amygdalite marquée.

Il a eu un cas intéressant d'une jeune fille qui prit une amygdalite aiguë pendant 3 à 4 semaines et chez laquelle on fut obligé d'enlever dans le même temps adénoïdes et amygdales. On trouva dans

ces dernières une pure culture de streptocoques, et dans les amygdales, du staphylocoque seulement. Un abcès cerycal fut ouvert aussi, qui contenait du staphylocoque en rapport sans doute avec l'infection adénoïdienne et non amygdalienne.

Samuel J. WALKER fut frappé de la banalité de la maladie au début, puis de l'exacerbation des symptômes d'intoxication profonde.

Un point aussi qui l'a intéressé c'est la possibilité d'enlever l'amygdale au cours de l'infection aiguë. Il est cependant logique d'enlever un organe qui paraît être le foyer de la toxémie.

Fréquentes sont les complications rénales, les néphrites légères et même les inflammations graves des reins. Il cite le cas d'un jeune homme qui fit un mal à la gorge banal, mais une grande prostration. Trois jours après, néphrite hémorragique. Trois ou quatre jours après érysipèle intense de la face, puis symptômes méningés et mort.

L'épidémie actuelle doit avoir été due à un streptocoque, il est vrai, mais à un streptocoque de forme spéciale.

HAROLD N. MOYER n'a pas constaté d'attaque du parenchyme du tissu nerveux par le bacille; l'infection a évolué par continuité dans les méninges.

H.-W. CHENEY remarque que l'adénite cervicale n'avait pas tendance à suppuration, sauf de rares cas. Chez son fils cependant, il y eut suppuration et il rattache l'origine de l'affection à l'usage du lait qui provenait de la laiterie suspecte : deux cas observés chez lui confirmeraient cette hypothèse.

Il a observé un bébé dont la mère eut de l'amygdalite et qui fit une otite suivie d'un érysipèle d'une gravité intense. Symptômes méningés, mais guérison.

NORVAL H. PIERCE a l'impression que l'épidémie se manifestait par des phénomènes locaux aussi bien que généraux. Dans les cas qu'il a observés, le pharynx était le siège d'une légère hyperémie et d'un gonflement limité. L'amygdale a été sans doute la source de l'infection. L'exsudat cryptique n'était point caséeux, solide, mais c'était un liquide laiteux contenant presque toujours les germes virulents. C'était en somme un pharynx rouge en entier et légèrement gonflé avec extension vers le naso-pharynx et le larynx.

Un autre point intéressant est le gonflement soudain (en une nuit) des glandes du cou au point de se mettre au même niveau que le maxillaire et en même temps leur disparition rapide. Il a vu une mastoïde avec destruction marquée presque sans symptômes. Il a vu aussi, signe fréquent dans cette épidémie, de la néphrite. Au sujet de l'amygdalotomie, au cours de l'inflammation aiguë, c'est théoriquement supprimer la source de l'infection, mais pratiquement, cette conduite peut être désastreuse. Il se rappelle des malades opérés dans ces conditions qui firent immédiatement après de l'adénite cervicale qui suppura. Il se souvient d'un cas opéré de végétations et d'amygdales peu de temps après une amygdalite aiguë qui se termina par un phlegmon de la gorge et la mort.

Il vaut mieux désinfecter les cryptes au nitrate d'argent pendant au moins deux semaines plutôt que d'opérer.

Joseph C. BECK n'avait jamais eu d'amygdalite : il fut atteint très sérieusement cette année avec les symptômes décrits au cours de l'épidémie. Dans sa maison sept personnes furent atteintes.

Il a noté une complication, la glossite très accentuée, et eut à constater cette condition chez un enfant de 4 ans qui mourut dans les six jours de prostration.

Il a aussi vu un cas avec complications endocraniennes. La ponction lombaire donna du streptocoque pur. Il y eut mastoïdite, symptômes méningés et mort dix jours après l'opération, de méningite septique généralisée.

WM L. BALLENGER précise certains points non mentionnés par les orateurs précédents. Dans un cas, chez un homme de 54 ans, il y eut l'amygdalite du type décrit, amélioration apparente; dix jours après, mastoïdite rapide et méningite au début. Opération, mort peu de jours après de méningite. Un autre cas chez un enfant nécessita, après l'amygdalite habituelle, une trépanation mastoïdienne et l'ouverture du bulbe de la jugulaire. La maladie traîna et finit par guérir.

HEAD a employé avec plus de succès que les salicylates le salol dont l'action se rapproche de celle de l'aspirine et aussi à cause de l'action de l'acide phénique de dédoublement. C'est un médicament à toujours recommander dans les amygdalites à symptomatologie sévère. La pulvérisation, bien dirigée sur les amygdales, nettoie les cryptes, entraîne les matières septiques et fait tomber la température.

Il pense qu'il est dangereux d'enlever les amygdales au cours d'une attaque aiguë. Cependant il eut un bon résultat chez un enfant qui traînait une amygdalite avec fièvre depuis des semaines; l'opération fit disparaître les troubles locaux et généraux.

GOLDSTINE préfère à l'aspirine l'urotropine : on a abusé de l'aspirine, dont on se sert plus que d'huile de ricin actuellement. La bonne constitution du sujet est un des meilleurs facteurs de résistance. Il n'est pas partisan de l'amygdalotomie au cours d'un état aigu et il n'emploie pas d'applications fortes dans la gorge pour ne pas diminuer la résistance des cellules normales.

DAVIS pense qu'il faudrait, pour établir la valeur de l'amygdalotomie dans l'état aigu, se baser sur des constatations anatomo-pathologiques faites à cette période. Moins rares sont les amygdales enlevées à chaud; on attend en général la disparition des phénomènes aigus. Il a cependant vu deux amygdales, à cette période où les cryptes étaient pleines de streptocoques, avec exsudat à cellules purulentes et fibrineuses. Il y avait leucocytose et nécrose du tissu lymphoïde sous-épithélial. Les vaisseaux étaient atteints de thrombose septique. L'opération paraît en général devoir augmenter les conditions de l'infection.

Le streptocoque hémolytique se rencontre habituellement, mais dans les cas à complications on trouve le type particulier de streptococcus mucosa.

Le lait a été à Boston la cause première d'infection dans 75 % des

cas. Le lait est un excellent milieu de culture pour ce microorganisme. Les cryptes amygdaliennes furent le premier foyer d'invasion.

Il est possible aussi que la streptococcie actuelle ait servi de point de départ à une infection tuberculeuse. La présence d'un plus grand nombre de cas de tuberculose à l'hôpital après l'épidémie en question plaiderait fort en faveur de cette idée.

XVIII. — SOCIÉTÉ MÉDICALE SUÉDOISE

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 25 janvier 1912.

Compte rendu par M. LAGERLÖF (de Stockholm).

Un cas d'otite suppurée chronique opérée selon le procédé conservateur de Heath, par STANGENBERG.

Neuf cas de méningite traités en 1911 à la clinique otologique de Sabbatsberg à Stockholm, par HOLMGREN. — Dans sept cas, la méningite était otogène. Les neuf autres cas ont entraîné la mort malgré un traitement énergique chirurgical et médical.

Un cas de submaxillarite et un cas d'otite tuberculeuse avec fistule labyrinthique, par ARNOLDSON.

Volumineux polype nasal chez un enfant et otite suppurée aiguë, labyrinthite et abcès du cervelet, par STANGENBERG.

Méningite cérébrospinale diffuse suppurée d'origine nasale, par NORBERG.

Sinusite maxillaire séreuse, par NORBERG.

Séance du 22 février 1912.

Paralysie du voile du palais à gauche après une angine, par WEINBERG. — Des bacilles de Loeffler ne furent trouvés ni chez le malade, ni chez les personnes autour de lui parmi lesquelles quelques cas d'angine avaient été observés. Le malade avait aussi une sinusite maxillaire suppurée aiguë à gauche.

La paralysie du voile fut expliquée comme dépendante d'une infiltration inflammatoire.

Un cas de laryngite aiguë avec pachydermie sur les processus vocaux, par WEINBERG.

Le temps nécessaire pour la guérison après la trépanation mastoïdienne de Schwartz, par HOLMGREN. — L'expérience des diverses cliniques otologiques a montré qu'il faut environ 4 mois pour obtenir une guérison complète après la trépanation de Schwartz.

Piff, de Prague, dans ces conditions, proposa, il y a dix années, de suturer la peau immédiatement après la trépanation.

Ainsi il réussit à réduire le temps nécessaire pour la guérison à une moyenne de 26 jours. Pourtant la méthode de Piff n'a pas été beaucoup appliquée, bien que l'expérience ait démontré que la plaie de la trépanation se ferme d'autant plus vite qu'on a pu appliquer un nombre suffisant de sutures.

Des auteurs différents ont proposé des méthodes variées pour

avancer la guérison, soit des opérations plastiques, soit le remplissage de la plaie avec de la paraffine. Jusqu'ici ces méthodes ne sont pas très répandues. C'est déjà depuis quelques années que les otologues américains Sprague et Blake ont commencé à recourir de nouveau à la méthode de Piff.

L'orateur qui a essayé à sa clinique de suturer per primam les plaies après les trépanations mastoïdiennes n'est pas content des résultats obtenus. Il pense que cette méthode doit être réservée à un petit nombre de cas bien choisis. Mygind, de Copenhague, a proposé de faire des sutures secondaires quelque temps après la trépanation et a ainsi réussi à raccourcir la durée du traitement post-opératoire.

L'orateur a suivi la méthode proposée par Mygind et en a tiré avantage dans quelques cas mais on se heurte souvent à des obstacles dans cette méthode parce qu'il faut se servir de la narcose. Au lieu de se servir des procédés susnommés, l'orateur ferme la plaie jusqu'au trois quarts de son étendue en appliquant une mèche de gaz iodoformé pour le drainage.

Ainsi il a réussi à procurer la guérison dans une moyenne de 36 jours.

Si la peau est infiltrée, lorsque l'inflammation du processus mastoïdien est extraordinairement violente et encore s'il y a des complications diverses dans lesquels cas il faut pouvoir inspecter le fond de la plaie après l'opération, l'orateur ne ferme pas directement.

Cinq cas de thrombo-phlébite du sinus sigmoïde compliquée par méningite latérale, par SAMUELSSON. — 40 % des cas de thrombo-phlébite du sinus sigmoïde traités à la clinique de Sabbatsberg sont morts. La cause mortelle était une leptoméningite diffuse dans tous les cas sauf un. La méningite s'est manifestée au premier jour après la constatation de la thrombose. L'autopsie n'a donné comme résultat dans 4 cas sur 5 qu'une pachyméningite interne s'étant établie à la paroi profonde du sinus d'où elle a provoqué la leptoméningite diffuse.

Dans le traitement de la thrombophlébite il ne faut pas prendre comme règle de faire la ligature de la jugulaire, mais ce qui importe avant tout c'est de libérer le sinus des processus morbides dans son voisinage et d'éloigner les masses thrombotiques, en particulier les parties fondantes, afin qu'on obtienne un drainage parfait du sinus.

Des expériences avec le tympan artificiel d'Appert, par CHARLIER. — L'orateur a dans quelques cas vu des résultats bien satisfaisants avec les tympan artificiels d'Appert.

Cancer tonsillaire d'un syphilitique, par FLODQVIST.

Séance du 16 mars 1912.

Sur la phonasthénie, par GUTZMAN (de Berlin).

La dilatation endonasale de l'orifice du sinus frontal, par RITTER (de Berlin).

XIX. — SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID

Séance du 29 décembre 1911.

Président : HORCASITAS. — Secrétaire : GEREDA.

Compte rendu par E. BOTELLA (Madrid) et B. DE GORSSE (Luchon).

Présentation de cas, par GEREDA. — L'auteur présente un homme porteur de lésions syphilitiques laryngées très rapidement améliorées par une intraveineuse de salvarsan : il présente également un homme qui, après une intraveineuse de 606, a eu de la surdité et de l'ophtalmie à droite, sans que des antécédents aient pu faire prévoir ces accidents.

CISNEROS propose de mettre cette dernière question à l'étude.

Séance du 29 janvier 1912.

Président : CISNEROS.

Lésion de l'oreille interne guérie par le salvarsan, par E. BOTELLA.

— Femme de 33 ans infectée il y a 8 ans ; a commencé, il y a 8 mois, à avoir des troubles et des nausées ; il y a 8 jours a eu des bruits, des bourdonnements de ton grave dans l'oreille droite et plus tard des vertiges, de l'obnubilation, des bruits de ton aigu, des battements ; l'oreille commence à suppurer.

Examen : tympan foncé avec perforation large, arrondie, à travers laquelle on voit une surface blanche qui est la paroi de la caisse dénudée de sa muqueuse et qui paraît répondre au promontoire ; la montre n'est entendue qu'au contact ; le Weber est latéralisé au côté malade ; Rinne négatif ; la conduction osseuse est diminuée ; pas de Romberg, mais titubation avec inclinaison à gauche si la malade marche les yeux fermés ; quand elle tourne rapidement, il en est de même les yeux ouverts ; si alors elle ferme les yeux, elle tombe à gauche ; mystagmus horizontal très prononcé dans la vision extrême à gauche.

On fit le diagnostic de ostéo-périostite gommeuse du labyrinthe avec les bruits comme premier symptôme, les nausées, les vomissements et la surdité ; les altérations de la caisse ne se manifestèrent au dehors que plus tard, lorsque la destruction de la muqueuse et la sécrétion ultérieure rendirent fatale la perforation du tympan.

Les lésions étant périphériques et ne semblant pas dépendre d'une névrite de l'acoustique, on ne les considère pas comme dangereuses, en tenant compte des observations de Finger, Beck, Alexander, Mayer, etc. On emploie le salvarsan : 1^{re} injection le 2 août. 2^e injection le 30. En octobre, la moitié postérieure du tympan était de couleur normale, et la paroi osseuse auparavant dénudée était recouverte ; les nausées, les vertiges avaient disparu et la montre était entendue à 0 m. 05.

Un réchauffement se fit ; la suppuration réapparut dans la caisse ; pas de nausées, mais nystagmus léger à gauche. Le 11 novembre, 3^e injection à la suite de troubles labyrinthiques : vertiges, état nau-

séaux avec vomissements, nystagmus prononcé, troubles d'irritation labyrinthique qui disparurent lentement. Fin décembre, il ne restait qu'un léger nystagmus : la montre était entendue à 0 m. 20, la conduction osseuse était augmentée.

Étant donné que la question neurotrophique du salvarsan est sur le tapis, Botella a tenu à présenter ce cas. Il prépare une communication avec plus de 80 examens où la question sera longuement étudiée.

GIMENEZ ENCINA dit qu'il considère le cas comme très intéressant ; il connaît nombre de cas de labyrinthite syphilitique traités avec succès par le 606 ; quelques-uns se sont présentés après une première injection et ont guéri par une deuxième, ce qui prouve qu'il s'agit d'accidents *toxiques* du 606 et non d'une *neuro-récidive*.

Syndrôme de Gradenigo fruste, par PRADA. — Malade de 26 ans qui, après une infection grippale avec engine et enrouement, a eu des douleurs allant de la gorge à l'oreille, ces dernières augmentent d'heure en heure et s'irradient à la nuque et à la région pariétale ; vomissements, vertiges et plus tard déviation du globe oculaire vers l'angle interne ; quatre jours après cette paralysie une grande quantité de pus s'écoula par l'oreille.

Examen : Tête inclinée à gauche, paralysie du droit externe de l'œil droit, tympan rougi de ce côté, avec petite perforation du cadran postéro-inférieur, par où sort abondamment du pus ; douleur de la mastoïde à la pression. La voix chuchotée n'est pas perçue ; montre au contact ; Weber latéralisé à droite ; Bonnier positif du même côté ; Rinne négatif ; Bing négatif ; Schwabach prolongé du côté malade ; Barany meilleur sur la mastoïde que sur le pavillon.

Diagnostic : lésion de l'appareil de transmission.

Les épreuves vestibulaires sont toutes bonnes.

La paralysie du droit externe n'est pas complète ; il y a un peu de mobilité en dehors, et, malgré le strabisme convergent, il n'y a de diplopie qu'à certains moments.

Il s'agissait d'une otite moyenne aiguë avec syndrome de Gradenigo fruste étant donné que la paralysie n'était pas complète, et que les douleurs de la mastoïde et les douleurs temporo-pariétales étaient très accentuées. Le traitement a fortement amélioré l'état du malade et la guérison complète paraît être assurée sans opération.

GIMENEZ ENCINA dit que d'après l'observation ce cas est celui d'un malade vu par lui avant d'être allé consulter Prada et qu'il lui cacha ce détail ; c'était au moment où il le vit, non un cas fruste, mais un cas type de syndrôme de Gradenigo, car il présentait la triade symptomatique dans toute son apogée : otite moyenne aiguë, douleurs temporo-pariétales et paralysie complète du droit externe avec diplopie. La perforation étant petite, Encina a fait une myringotomie. Le malade avait de plus un pouls lent (64 pulsations) des vomissements, de la surdité, et les épreuves vestibulaires indiquaient de l'excitabilité du labyrinthe ; elles étaient bonnes.

Après la myringotomie et des applications de la chaleur humide,

le malade s'améliora notablement ; mais mécontent de la lenteur de la guérison, on connaît cela, il disparut de la consultation ; c'est pour cela que quand Prada le vit, le syndrome était atténué, mais il avait été complet.

ENCINA croit que, dans ce cas, la paralysie du droit externe a été due à la propagation de l'inflammation immédiate de la caisse à la dure-mère par déhiscence de la paroi carotidienne, comme dans le cas rapporté par Beltman.

XX. — SOCIÉTÉ ARGENTINE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Compte rendu par B. de GORSSE (de Luchon).

Cette société, fondée en 1909 à Buenos-Ayres, comprend actuellement trente-huit membres actifs et a comme président Eliseo V. Segura, professeur à la Faculté de médecine. Son siège est : Lavallo, 638. Elle publie depuis le mois de mai 1912 un périodique dont le titre est « Anales de la Sociedad argentina de oto-rino-laringologia ».

Première séance : 21 juin 1909.

Ostéite syphilitique de la base du crâne, par E. OBEJERO. — Avec présentation de malade. Il s'agit d'une gomme de la cloison qui intéressait le sphénoïde et l'apophyse basilaire de l'occipital. Amélioration par le traitement mixte.

Séance du 14 juillet 1909.

Présentation d'instruments pour l'opération de la sinusite frontale par voie endo-nasale, par E.-V. SEGURA.

Séance du 28 juillet 1909.

Un cas d'obstruction d'une choane, par A.-L. QUADRI.

Séance du 25 août 1909.

Un cas de laryngo-typhus consécutif à une typhoïde de forme anormale, par E.-V. SEGURA. — Avec présentation du malade. Au cours d'une typhoïde, d'abord simple, laryngite catarrhale aiguë, puis manifestations plus graves. Larynx sensible au niveau du cricoïde. Infiltration de la région aryténoïdienne ; bandes ventriculaires œdématisées qui provoquent de la dyspnée.

Applications chaudes sur le cou, inhalations balsamiques. Trachéotomie.

Les troubles décrits vont en augmentant, puis s'atténuent en même temps que l'état général s'améliore. Pourtant les régions atteintes restent épaissies, les bandes ventriculaires arrivant au contact ; l'organe semble se rétracter et il subsiste une sténose complète et définitive du larynx qui ne pourra être améliorée que par laryngostomie.

Lupus nasal, par E.-L. GALIANO. — Malade de 19 ans, atteint depuis 3 ans. Le lupus siège sur le tiers inférieur du nez, et autour des orifices. Perforation au tiers antérieur de la cloison. Anosmie absolue. Pas de lésions du pharynx nasal ou buccal.

Séance du 22 septembre 1909,

Tuberculose miliaire primitive du pharynx et de la base de la langue, par E.-V. SEGURA. — Employé de commerce en très bon état (78 kilogs). Agé de 28 ans, se plaint de sensation de sécheresse du pharynx, et d'un peu de douleur à la déglutition. A l'examen des piliers, les amygdales et une partie du voile du palais sont rouges et infiltrées; à leur superficie se voient de petites granulations en grains de semoule, rouges, jaunâtres. Il en est de même à la base de la langue.

Certains de ces points ont déterminé une vraie perte de substance en rond, laissant entre eux des îlots de muqueuse saine. Tout est sain partout ailleurs.

Pas de toux, rien aux poumons.

Cutiréaction positive, Wassermann négatif.

L'examen d'un morceau de tissu enlevé sur le pilier antérieur révèle l'existence de cellules géantes et de bacilles de Koch. Le malade est mort de généralisation tuberculeuse au bout d'un mois.

Séance du 13 octobre 1909.

Kyste de l'épiglotte, par A. ZAMBRINI. — Le malade s'est présenté à l'hôpital avec une sensation de corps étranger dans la gorge. A l'examen, on voit une tumeur arrondie, vascularisée, entre l'épiglotte et la base de la langue. Au toucher, cette tumeur donne la sensation d'un contenu liquide. L'auteur se propose de simplement l'inciser.

Un cas de sinusite maxillaire, par A.-L. QUADRI. — L'auteur présente son malade à la Société.

Deux cas de toux hystériques curieux, par E.-V. SEGURA et J.-C. CORREA. — Il s'agit de deux sœurs de 15 et 17 ans, sans antécédents héréditaires. Toux spasmodique, survenue chez les deux sœurs, en même temps, à la suite d'une influenza; cette toux simulait bientôt l'aboiement d'un chien, puis le braiement de l'âne. Les crises arrivaient vers 9 à 11 heures de la nuit. C'était l'aînée qui commençait.

Traitement suggestif, avec attouchements mentholés, puis faradisation, bromures, etc.

Ces crises ne cédèrent qu'au bout d'un mois et demi, alors que les deux sœurs furent atteintes simultanément de scarlatine avec température très élevée.

Ulcère pharyngé avec gros infarctus ganglionnaire, par J.-C. CORREA. — Il s'agit d'un garçon de 7 ans avec ulcère de la paroi postérieure, et ulcère de l'amygdale droite. Œdème léger du larynx.

Énorme infarctus ganglionnaire droit. On a institué le traitement spécifique.

XXI. — SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE ROUMANIE

Séance du 5 juin 1912.

Président : ORESCU. — Secrétaire : MAYERSOHN.

Compte rendu par COSTINIU.

Phlegmon amygdalien suivi de mort, par ORESCU. — L'auteur a eu un cas rare de phlegmon de l'amygdale avec phlébite infectieuse du cou terminée par la mort. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans dans les antécédents duquel on compte une quinzaine d'abcès amygdaliens répétés au cours des 2-3 dernières années, abcès jamais ouverts par le médecin. Malade depuis 3 jours avec une température de 39°, douleur à la déglutition, reflouement des aliments par le nez, il a l'amygdale droite très hypertrophiée, la gauche abcédée.

Une longue incision faite vers la loge amygdalienne, point maximum d'inflammation, ne donne issue qu'à un liquide séreux et fétide. Le soir, 39°8. L'état général s'empire, frissons. Le cou devient proconsulaire. Après cinq jours, mort.

L'orateur croit se trouver devant une phlébite des veines du cou provenant d'une infection profonde à la suite de nombreux abcès amygdaliens.

Cas de papillome, par SELIGMANN. — L'auteur relate le cas d'un malade se plaignant d'une sensation de corps étranger dans la gorge; à l'examen le malade expulse un papillome de la forme et de la grosseur d'une cerise inséré sur le pilier postérieur gauche par un pédicule long et mince comme une queue de cerise. Ablation très facile.

XXII. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KIEF

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 10 mars 1912.

Président : N. TROFIMOFF.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

Dégénérescence polypeuse des deux cordes vocales, par M. GOLOV-TCHINER. — L'examen laryngoscopique montre une hypertrophie notable des deux fausses cordes vocales. La corde vocale vraie du côté gauche est de coloration grise et a l'aspect d'un polype muqueux qui pend comme un sac pendant la respiration et qui se contracte notablement pendant la phonation. La corde vocale droite est aussi tout entière dégénérée et n'est visible que pendant l'inspiration; pendant la phonation elle est entièrement recouverte par la fausse corde vocale droite. S'agit-il d'un prolapsus du sinus de Morgagni, c'est-à-dire de pachydermie de la muqueuse du sinus avec polype muqueux provenant du sinus, ou bien s'agit-il de dégénérescence polypeuse de la corde vocale qui a été décrite par Chiari

et qui est une grande rareté. D'après les aspects que l'on observe pendant la respiration et la phonation l'auteur pense qu'il s'agit de cette dernière affection. L'absence d'infiltration, d'œdème et d'ulcérations dans le larynx plaide contre la nature tuberculeuse de l'affection. L'orateur se propose de faire une opération par voie endolaryngée au moyen d'une pince tranchante ou mousse.

Ligature de la veine jugulaire dans la pyémie otogène, par L. ROTENBERG. — L'orateur cite d'abord les opinions des différents auteurs qui sont pour ou contre cette intervention. Il présente ensuite la statistique de la clinique otologique de Kieff de 1907 à 1911 inclus. Pendant ce temps on a fait à la Clinique 370 trépanations ; dans 27 cas on a fait la ligature de la jugulaire interne par suite de pyémie otogène ou de symptômes de sinus thrombose. L'orateur a fait la ligature de la jugulaire interne dans 6 cas. Ainsi cette opération a été faite dans 4,8 pour cent malades opérés. Après l'opération 4 malades sont morts, soit près de 15 %. La ligature de la jugulaire a donné 85 % de guérisons.

L'orateur présente ensuite les observations de plusieurs malades, énumère les symptômes qui permettent de faire le diagnostic de la thrombose du sinus et expose la technique de l'opération.

Présentation d'un malade atteint de tuberculose de la paroi postérieure du pharynx, par M. KHARCHAK. — L'auteur a obtenu un bon résultat après des cautérisations par l'acide lactique d'abord à 10 %, puis à 20 %.

Tuberculose du cornet inférieur du nez, par M. KHARCHAK. — Le malade était de plus atteint de tuberculose de la conjonctive de la paupière inférieure et avait une infiltration des ganglions sous-maxillaires. On rencontre dans le nez beaucoup plus souvent le lupus.

N. TROFIMOFF attire l'attention sur les rapports de l'œil avec le nez et sur le rôle du canal lacrymonasal pour l'œil ; ce rôle est analogue à celui de la trompe d'Eustache pour l'oreille.

Tuberculose de la troisième amygdale, par N. TROFIMOFF. — Cette localisation de la tuberculose est très rare et quelquefois le diagnostic n'est pas établi avec exactitude. L'orateur recommande de faire un traitement énergique de même que dans les cas d'ulcérations du pharynx et du nez ; le curettage avec cautérisation consécutive à l'acide trichloracétique a donné de bons résultats.

Séance du 6 avril 1912.

Présentation de malade, par M. GOLOVITCHNER. — Il s'agit d'un malade à qui l'orateur a enlevé de la corde vocale gauche la muqueuse présentant une dégénérescence polypeuse. Les résultats sont satisfaisants. Des préparations microscopiques confirment le diagnostic.

Endothéliome du temporal, par M. AISENBERG. — Présentation d'une malade âgée de 43 ans qui avait depuis 15 ans une otorrhée purulente périodique de l'oreille gauche. Puis douleurs lancinantes du côté gauche de la tête. On enleva d'abord des végétations du conduit auditif.

Lorsque la malade vint à l'hôpital on nota une asymétrie de la face, et dans le conduit auditif gauche une tumeur dure, saignant facilement, peu mobile. Rinne : la voix chuchotée n'est pas entendue, la voix élevée est entendue assez bien. La laryngoscopie montre une paralysie de la corde vocale gauche.

A la rhinoscopie on voit de l'hypertrophie du cornet inférieur droit. On fait une trépanation radicale. La paralysie du nerf récurrent ne semble pas être due à une compression de la tumeur au niveau du foramen jugulaire, car il n'y a pas paralysie des autres nerfs (hypoglosse et glossopharyngien).

A. KRONGILINE pense à la possibilité d'une compression dans la région du cou.

XXIII. — SOCIÉTÉ D'OTO-LARYNGOLOGIE DE CHRISTIANIA

Séance du 4 mars 1912.

Président : UCHERMANN. — Secrétaire : FLEISCHER.

Présentation, par UCHERMANN. — Jeune fille de 15 ans ayant eu abcès épidual et abcès cérébral et guérie. Elle avait une otite suppurée datant de 8 jours lorsqu'un frisson la prit : douleurs rétro-auriculaires, état de stupeur. $T = 39^{\circ}$; pouls 120. Polype du conduit. On fait l'opération radicale, mise à nu du sinus et de la dure-mère au niveau du tegmen tympani. Sinus normal. Les jours suivants, il y a de l'aphasie sensorielle et amnésique. Incision de la dure-mère mastoïdienne. On découvre un ramollissement de la région avoisinante. La malade a guéri après plusieurs péripéties sans intérêt.

Ce qui rend ce cas digne de mention, c'est que l'abcès fut ouvert alors qu'il était encore au stade de ramollissement (stade précoce). Le vaste abcès épidual était plus ancien et primitif par rapport à celui du cerveau.

Présentation, par UCHERMANN. — Malade auquel l'orateur a enlevé un fibrome naso-pharyngien par voie transmaxillo-nasale (méthode de Denker). C'est le cinquième cas que l'orateur a vu en 1 an 1/2. Les sujets étaient tous jeunes (sexe masculin); les tumeurs avaient une dimension moyenne et provenaient de la face antérieure du sphénoïde, du récessus ethmoïdo-sphénoïdal, du rebord choanal avec prolongements plus ou moins grands vers l'épipharynx. L'extirpation fut faite chez tous avec une forte pince courbe ou droite, sans grosse hémorragie. L'orateur ne voit pas la nécessité du tubage péroral de Kubn. Il faut attaquer ces tumeurs, non pas par le pharynx, mais par le nez. On n'intervient par le pharynx que quand il y a un minime reliquat. Sur les cinq cas, 4 ont guéri sans récidive; le cinquième eut une récidive provenant surtout du sinus sphénoïdal et rebelle à un long traitement galvano-caustique. Le malade est actuellement guéri.

Corps étranger de larynx, par UCHERMANN. — Fillette de 3 ans avec pince métallique dans le vestibule du larynx, ablation avec la pince.

Corps étranger de la bronche, par FLEISCHER. — Une fillette de 12 ans avait aspiré un sifflet; l'orateur le retira de la bronche gauche.

Présentation, par WETTERSTAD. — C'est un ozéneux traité 9 mois avant par injections sous-muqueuses de paraffine. Le nez a un aspect quasi-normal.

Démonstration, par HEIDENREICH. — L'orateur présente les instruments du tubage peroral de Kuhn.

XXIV. — ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

SECTION D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Réunion à Atlantic-City.

Séance du 5 juin 1912.

Président : SHAMBAUGH (de Chicago).

Traduction par MENIER (de Decazeville).

Discussion générale sur les complications intracrâniennes.

GOLDSTEIN (de Saint-Louis). Le tegmen tympani et le tegmen antri sont les deux points les plus vulnérables dans le développement de l'abcès du cerveau consécutif aux affections de l'oreille moyenne.

Technique opératoire du traitement de l'abcès cérébral otogène, par MAC-KERNON (de New-York).

Diagnostic et localisation de l'abcès du cerveau, par DERCUM (de Philadelphie). — L'orateur estime qu'il faut faire une ponction lombaire et déterminer le caractère du liquide céphalo-rachidien et examiner le fond de l'œil qui pourra fournir des données importantes pour établir un diagnostic.

Le salvarsan dans les lésions du nez, par BORDEN (de Boston). — Le salvarsan agit très vite sur les lésions pharyngo-nasales; il est surtout indiqué quand le Wassermann est positif et c'est en l'administrant avec le mercure qu'on obtient les meilleurs résultats.

Relations de l'état du nez avec l'asthme, par MATTHEWS (de Rochester). — Les symptômes sont dus à des influences réflexes venant du poumon, de l'estomac et des intestins ou de la muqueuse nasale et on trouve souvent dans les sinus des conditions pathologiques dont le traitement fait disparaître l'asthme.

Traitement endo-bronchique de l'asthme, par WOLFF FREUDENTHAL (de New-York). — Même si on ne constate pas d'anomalies, le sujet bénéficie beaucoup de ce traitement à cause de la suppression des sécrétions.

Traitement de la sténose laryngée chronique, par DUPUY (de la Nouvelle-Orléans). — L'orateur obtient des résultats par la dilatation continue et graduelle avec un tube de O'Dwyer mais ayant son extrémité élargie. Ce tube demeure dans le larynx grâce à une cheville de fixation en argent placée à travers une incision faite au cou.

II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1^o SOCIÉTÉS AMÉRICAINES.

I. — *Société des praticiens de New-York*. — Séance du 3 mai 1912. — **Septicémie généralisée consécutive à une angine**, par GIBSON. — Une malade, âgée de 35 ans, eut une angine qui fut suivie de péritonite qui l'enleva. On trouva dans le sang du streptocoque ; dans l'abdomen : péritonite plastique diffuse, sans foyer infectieux. Ce cas rappelle ceux de l'épidémie de Boston qui eurent leur origine dans le lait. MENIER (de Decazeville).

II. — *Congrès international d'hygiène et de dermatographie*. — 23-24 septembre 1912 à Washington. — **Exercices respiratoires dans les écoles et les collèges**, par KNOPF (de New-York).

Hygiène dentaire des enfants des écoles communales, par KNOPF. MENIER (de Decazeville).

III. — *Société médicale de New-York*. — Séance du 20 mai 1912. — **Mensuration des dents permanentes aux rayons X avant leur éruption pour veiller à une régularisation précoce des arcades dentaires**, par TOUSEY. MENIER (de Decazeville).

2^o SOCIÉTÉ ANGLAISE.

I. — *Société Harvéienne de Londres*. — Séance du 17 octobre 1912. — **Un cas de tic lingual**, par HAY. MENIER (de Decazeville).

3^o SOCIÉTÉS BRÉSILIENNES.

I. — *Académie nationale de médecine brésilienne*. — Séance du 30 juin 1912. — **Corps étranger de l'œsophage ; œsophagotomie cervicale, guérison**, par ARNOBIO NOVAES (de Pernambouc).

Mastoidite suppurée, par LEAO DE AQUINO.

MENIER (de Decazeville).

II. — *Société brésilienne de dermatologie*. — Séance du 28 juin 1912. — **Présentation de malade**, par CARNEIRO DA CUNHA. — Il s'agit d'un malade ayant une lésion destructrice de la muqueuse nasale et altérations du tégument cutané du nez.

MARINO. Il s'agit de Leishmaniose tropicale.

MENIER (de Decazeville).

III. — *Société de médecine et de chirurgie de Rio de Janeiro*. — Séance du 28 mai 1912. — **Cas de macroglossie**, par FL. DE LEMOS. — Il s'agit d'un cas de macroglossie, par hyperplasie musculaire simple, sans crétinisme. MENIER (de Decazeville).

4^o SOCIÉTÉS FRANÇAISES.

I. — *Société des chirurgiens de Paris*. — Séance du 25 octobre 1912. — **Corps étrangers des bronches**, par GUISEZ. — L'auteur

montre une série de petites branches de trompettes retirées des bronches de jeunes enfants.

Cancer de l'œsophage traité par le radium, par GUISEZ. — Le sujet à la suite d'un traitement par le radium est très amélioré et vit d'une vie normale.

Séance du 30 octobre 1912. — **Laryngectomie totale pour cancer**, par GOSSET. — La laryngectomie totale a été faite il y a 4 mois par le procédé de Sébilleau. Suites opératoires simples. La malade ne porte pas d'appareil, elle se fait bien comprendre à voix chuchotée.

Gosset insiste sur : 1° la simplicité de l'opération en suivant strictement le procédé de Sébilleau et la facilité plus grande si on opère en un temps avec section circulaire de la trachée. Il est indispensable de bien fermer le pharynx ; 2° la nécessité de mettre en place une sonde œsophagienne par voie nasale.

BARLATIER (de Romans).

II. — **Société des sciences médicales de Lyon**. — Séance du 2 juillet 1912. — **Atrésie congénitale des deux conduits auditifs externes avec pavillons rudimentaires et fissure palatine**, par R. RENDU. — Il s'agit d'un nouveau-né à terme mort d'hémorragie méningée. Les deux pavillons de l'oreille sont réduits à un petit bourrelet vertical informe, irrégulièrement mamelonné. Le cathétérisme et la dissection ne permettent pas de découvrir traces du conduit auditif externe, du tympan ni des osselets. L'examen des coupes du rocher montre que le conduit auditif interne, l'aqueduc de Fallope, les spirales du limaçon, le vestibule et les canaux semi-circulaires ont des dimensions normales et occupent leur place habituelle.

Il existe en plus une fissure palatine complète. Des cas semblables ont été publiés et ont fait l'objet de recherches anatomiques (Lannois, Bezold, Kanellis, Castex, etc.). L'appareil de perception étant normal seul l'appareil de conduction manquait. Les osselets ont toujours été trouvés rudimentaires ou étaient absents, d'où insuccès des tentatives chirurgicales (Aubert, Pollosson, Villard, Jaboulay et Lannois).

Séance du 10 juillet 1912. — **Contribution à la laryngostomie**, par SARGNON. — Les modifications apportées par l'auteur à la technique de la laryngostomie sont les suivantes : emploi de pommade au rouge neutre d'aniline pour faciliter l'épidermisation, utilisation du fil d'extraction préconisé par Roure comme mode de fixation dans les larynx profonds, emploi de la gaze entourée de papier à la gutta pour obtenir un pansement plus doux et empêcher les adhérences de la gaze à la muqueuse.

Les cas de laryngostomie connus sont actuellement de 165 environ. Sargnon a une statistique de 25 cas personnels.

Depuis les perfectionnements de la technique avec l'emploi de l'anesthésie locale et une connaissance plus approfondie des indications et contre-indications la mortalité opératoire a considérablement diminué et les résultats sont devenus parfaits.

Corps étranger sous-glottique, complications pulmonaires, trachéotomie, extraction, guérison, par SARGNON et RENDU. — Le corps étranger, aspiré 8 jours auparavant, est un fragment d'os pointu retenu dans la région sous-glottique. La laryngoscopie indirecte ne montre rien ; la radioscopie est négative ; le malade a du souffle et des râles aux deux bases. Le diagnostic est impossible mais les renseignements recueillis (asphyxie brusque au cours d'un repas) font penser à un corps étranger. La trachéotomie sous infiltration cocaïnique a permis d'enlever le corps étranger. Guérison au bout de huit jours.

BARLATIER (de Romans).

III. — **Société médicale des hôpitaux de Lyon**. — Séance du 3 novembre 1912. — **Cancer de l'œsophage avec bourgeons dans la trachée**, par MOUISSET et MANGINI. — Il s'agit d'une pièce anatomique provenant d'un cancer de l'œsophage avec deux bourgeons dépendant de la tumeur primitive, faisant saillie dans le conduit trachéal et l'obturant en partie. Le néoplasme primitif est resté méconnu et le malade fut considéré surtout comme porteur d'une lésion de la trachée.

BARLATIER (de Romans).

5^e SOCIÉTÉ ITALIENNE.

I. — **Académie royale de médecine de Turin**. — Juillet 1912. — **Fonctions de la trompe d'Eustache**, par DIONISIO. — Les recherches de l'orateur lui ont montré que normalement la trompe est fermée, et quand elle s'ouvre lors de la déglutition, l'ouverture se fait lentement et progressivement de sorte qu'elle n'est jamais ouverte toute à la fois ; il y a donc dans la caisse une pression supérieure à celle de l'air extérieur. Ces faits expliquent comment, malgré la fréquence des affections de l'arrière-bouche, l'infection de l'oreille par la trompe est rare.

MENIER (de Decazeville).

III. — BIBLIOGRAPHIE

I. — La surdité à l'école, et l'enseignement des sourds en Allemagne, par le Prof. Arthur HARTMANN, de Heidenheim. Stuttgart, 1912, chez Spemann.

A la suite d'un article d'Hartmann paru dans le *Correspondant médical*¹ de Berlin en 1898 et relatant deux cas de surdité chez de jeunes écoliers, à propos desquels l'auteur se livra à des considérations pédagogiques intéressantes, les autorités s'émurent, ordonnèrent la création d'une commission qui alla étudier sur place l'enseignement des jeunes sourds dans les écoles de Wiesbaden et inspecta au point de vue de la surdité scolaire les établissements similaires de Berlin. Hartmann avait été adjoint à cette commission. C'est le résultat de ses recherches qu'il a consigné dans le présent ouvrage. Il insiste d'abord sur la possibilité d'utiliser de plus en plus les services que peuvent rendre les sourds-muets de façon à leur permettre de gagner convenablement leur vie. En Prusse sur 100 de ces maheureux, 43 seulement en 1880 étaient arrivés à ce résultat ; mais en 1900 la proportion s'élève déjà à 70 %. Pour cela il faut savoir les instruire, car si on les laisse confondus avec leurs petits camarades mieux favorisés du côté de l'ouïe, quand bien même leur surdité ne serait pas absolue, et qu'ils ne devraient pas être assimilés aux sourds-muets véritables, leur développement intellectuel subirait un ralentissement néfaste, dont l'écrivain signale des exemples typiques. Placés dans ces conditions défavorables, ils savent à peine lire au terme de leur scolarité, très mal écrire et compter et ceci s'explique puisque les maîtres ne peuvent leur accorder des soins spéciaux surchargés qu'ils sont d'un nombre toujours trop considérable d'élèves. Ils ne peuvent donc pas suivre avantageusement l'enseignement des écoles ordinaires et comme d'autre part ils ne sont pas de vrais sourds-muets on les refuse dans les établissements créés pour ces derniers. On ne peut non plus les mettre dans les écoles d'anormaux dont les autorités berlinoises ont su réaliser la création bien avant Paris. Il faudrait donc instituer pour ces déshérités du sort, des écoles bien à eux et dans lesquelles on les assujétirait à un mode d'enseignement approprié à leur état. Chaque maître devrait n'y avoir qu'un petit nombre d'élèves, pas plus de 10 en moyenne et cela pour des raisons faciles à comprendre ; l'instituteur en question devrait être formé dans les établissements scolaires de sourds-muets et avoir reçu un diplôme spécial montrant qu'il est bien spécialisé dans cette partie un peu aberrante de la pédagogie. Les élèves seraient triés d'après un examen sérieux fait par des médecins spécialistes, car la surdité peut n'être pas aussi considérable qu'on l'avait supposé et être améliorable soit par un traitement bien dirigé contre différentes lésions du rhino-pharynx et

1. Berliner Aertzecorrespondenz, 1898.

de la caisse, soit par l'utilisation des restes auditifs grâce aux méthodes de Bezold, d'Urbantschitsch. Dans ces conditions les petits malades peuvent être rendus aux écoles ordinaires. Dans 50 % des cas étudiés par Hartmann, on pouvait incriminer chez les petits écoliers berlinois atteints de surdité les végétations adénoïdes, dans 12 % des affections labyrinthiques qui, dans un seul cas, relevaient de la syphilis héréditaire, dans 13 % des cas facils observés la surdité était congénitale. Hartmann a pu constater que des enfants très sourds, mais bien doués intellectuellement parvenaient sans trop de difficulté à profiter de l'enseignement donné dans les écoles ordinaires; on pourrait donc les y laisser. Les limites de Laubi et de Bezold ne sont par conséquent pas toujours invariablement observables. Tous ces infirmes ne sont pas nécessairement des dégénérés, des débiles de l'intelligence. Une telle conception est beaucoup trop absolue dans sa généralité. Si la surdité nécessite l'envoi dans des établissements spéciaux, il faudra leur parler d'une façon spéciale qui mette bien en relief les voyelles, c'est-à-dire les sons bien caractérisés. A ce point de vue on peut utiliser les préceptes mis en œuvre à l'école des sourds-muets de Munich sous l'influence de Bezold.

L'auteur donne ensuite des renseignements sur l'école pour sourds créée à Charlottenbourg en 1908. Elle fut confiée à un instituteur qui s'était formé auprès du Dr Gutzmann, spécialiste bien connu. En 1909, on a inauguré la 2^e classe de cette école avec 10 élèves. On y envoie tout écolier des écoles communales de la ville qui à cause de sa surdité ne peut suivre l'enseignement ordinaire. On n'a recours pour l'examen spéclaslitique qu'à l'épreuve par la voix ordinaire et par la voix chuchotée, l'examen des restes auditifs par la méthode de Bezold demandant trop de temps et ne correspondant pas aux nécessités actuelles de la pratique. L'acuité auditive de chaque élève est marquée sur un tableau d'ensemble et elle est soumise chaque année à une investigation nouvelle. Le plan d'étude est celui des écoles communales ordinaires. Bien entendu, la tâche du maître est rude car ses élèves sont plus ou moins sourds, plus ou moins bien doués intellectuellement et ici les différences d'intelligence sont encore plus grandes que d'habitude, de telle sorte qu'à chaque élève correspondent des soins spéciaux. Il faut dans l'élocution des mots faire ressortir les sons caractéristiques (voir plus haut). On doit beaucoup insister sur la bonne articulation des paroles, utiliser pour ce but les restes auditifs, se servir des artifices des professeurs de sourds-muets pour apprendre à leurs élèves à parler, mettre en usage notamment le petit miroir servant à ceux-ci à rectifier la position des organes actifs dans l'émission de la voix. Il faudra aussi apprendre à l'élève à lire la voix sur les lèvres de son interlocuteur pour que l'œil aide l'oreille dans l'acte de compréhension. L'éducation manuelle aura ici encore plus d'importance que dans les établissements ordinaires d'instruction. On lui consacrerà au moins deux heures de la journée comme dans l'école de Charlottenbourg, où l'on commence à obtenir des résultats tout à fait remarquables

au point de vue de l'élocution, du développement intellectuel de l'enfant, du réveil de son attention, etc. Les établissements du genre de celui de Charlottenbourg ne tarderont pas à se multiplier, une loi prussienne de 1912 ordonnant aux autorités communales de donner l'instruction aux enfants aveugles et sourds-muets; parmi ces derniers on différenciera rapidement de la masse ceux qui ne sont que sourds et qui à ce titre réclament des soins particuliers.

Quel est le nombre de ces débiles de l'ouïe dans les écoles? A Stuttgart, Weil a trouvé une proportion de 32,6 %, Bezold à Munich 25 %, Nager à Lucerne 40 %, Ostmann 28 % dans la préfecture de Marbourg, Laubi 10 % à Zurich, Denker 23 % à La Haye. On peut donc dire sans crainte d'exagération que le quart des élèves d'une école quelconque n'a pas une audition normale. Beaucoup (Laubi, Bezold, Weil, etc.) d'observateurs ont pu constater chez ces sourds à un degré variable qu'il existait souvent encore des suppurations d'oreille?

Suivant Hartmann, on devrait non seulement examiner au point de vue auditif les élèves au moment de leur immatriculation à l'école comme on le fait en Allemagne, mais encore renouveler ces examens tous les deux ans, les otites moyennes pouvant se produire pendant le temps de la scolarité et échappant souvent au contrôle des médecins à cause de l'apathie stupéfiante de beaucoup de parents. Pour l'examen des restes auditifs, la voix chuchotée pourra donner des résultats importants (Bezold). Ici il s'agit de buts purement pratiques, c'est-à-dire de sélectionner les sourds qui positivement ne peuvent pas suivre l'enseignement des écoles ordinaires et non de déterminations d'un caractère scientifique absolu.

Le rôle du spécialiste doit-il à l'école se borner à cette sorte de triage? Hartmann ne le croit pas. En effet, suivant Bezold, 41 % des écoliers trouvés sourds sont susceptibles à un simple examen d'être considérablement améliorés. D'après Ostmann plus de 50 % de ces infirmes de l'ouïe seraient même susceptibles de guérison. Ce traitement devrait être imposé légalement. Dans les centres ruraux où les spécialistes manquent on pourrait aisément aujourd'hui à cause des facilités de communication actuelle envoyer ces petits malades se faire soigner à la ville. Des sanctions judiciaires puniraient l'obstination ou la peur imbécile de certains parents, lorsque la persuasion ne serait pas suffisante.

C. CHAUVEAU.

II. — L'hypophyse cérébrale pharyngée et la glande pinéale en pathologie, par Alfonso Poppi (un volume de 214 pages, avec 68 figures dans le texte et 10 planches. Paolo Neri, imprimeur, Bologne, 1912).

Le sous-titre de cet ouvrage est le suivant : Sur une étiologie primitive probable commune à diverses affections. L'auteur ayant observé, à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes, une amélioration notable ou guérison chez des sujets chez lesquels il avait constaté : hypertrophie du corps thyroïde, exophtalmie, tachycardie,

tremblement, glaucome, strabisme, vitiligo, hyperchromie de la peau, épistaxis fréquentes, asthénie, symptômes de tumeur hypophysaire, chorée, incontinence d'urine, aphonie, etc., attribue les modifications obtenues non seulement à l'amélioration de la respiration nasale (car dans certains cas le reliquat adénoïdien ne pouvait former un obstacle mécanique à la respiration normale), mais aussi à l'interruption probable de communications vasculaires anormales avec l'hypophyse pharyngée et éventuellement avec la cavité hypophysaire à travers les reliquats du conduit hypophysaire (retard d'occlusion) et avec l'amygdale de Luschka hypertrophiée.

On a trouvé le canal hypophysaire perméable (dans quelques statistiques) chez 10 % des fœtus et des nouveau-nés, tandis que l'oblitération normale se fait à la fin du troisième mois de la vie embryonnaire; on l'a trouvé perméable plus rarement chez les enfants et chez les adultes dans une proportion de 0,3 % sous forme de canal crânio-pharyngien, surtout dans les crânes d'aliénés. Poppi estime que ce retard de fermeture ou la permanence du canal crânio-pharyngien sont en rapport avec des altérations primitives de la poche de Rathke et de l'extrémité céphalique de la corde dorsale, altérations représentées pour cette dernière par la présence du canal basilaire médian, par l'hyperostose du clivus de Blumenbach, par le tubercule, la crête et la fossette pharyngiens.

Comme le lobe nerveux hypophysaire qui provient d'une évagination infundibulaire du diencéphale acquiert (très probablement) ses propriétés hypotensives par l'union avec le lobe glandulaire ou grâce aux cellules de la couche intermédiaire hypophysaire, ainsi sa fonction demeurerait altérée par ce retard ou ce manque d'union avec le lobe pituitaire.

Poppi, pour le strabisme permanent, intermittent ou larvé qu'il a souvent observé chez les adénoïdiens et qui se modifie après ablation des végétations, invoque la symptomatologie qu'on constate dans les cas de tumeurs de l'épiphyse et des tubercules quadrijumeaux pour lesquelles le strabisme est un symptôme constant : pour ce motif, il pense qu'on peut admettre une corrélation fonctionnelle entre l'hypophyse et l'épiphyse.

Comme en outre l'hyperplasie du thymus et des organes lymphatiques est constante dans quelques états pathologiques infantiles (rachitisme, diathèse exsudative, lymphatisme, scrofule, adénoïdisme) et, comme la persistance ou l'hypertrophie du thymus sont fréquentes dans quelques syndromes morbides qui d'ordinaire surgissent après le début de la vie sexuelle (acromégalie, Basedow, maladie bronzée, maladie de Erb), Poppi estime que cette hyperplasie dépend de l'altération hypophysaire primaire et de l'altération consécutive des relations entre corps pituitaire, glande pinéale, corps thyroïde et thymus.

Il essaie de démontrer la corrélation des organes à sécrétion interne, d'abord par les connaissances physiologiques de ces glandes et par la physio-pathologie du sympathique et par la coïncidence,

concomitance et succession de syndromes qui assez souvent se trouvent chez un même individu et par la présence de quelques manifestations communes aux diverses affections (état thymo-lymphatique, symptômes oculaires, lymphocytose, altérations des organes sexuels, altérations psychiques, etc.).

Pour ces motifs, Poppi pense que le primum moyens de tous ces états pathologiques consiste dans l'altération primaire du rapport du lobe antérieur de l'hypophyse avec le lobe nerveux, en raison des conditions anormales déjà mentionnées du conduit hypophysaire et de l'extrémité céphalique de la notocorde dépendant de conditions anormales dérivant des parents (syphilis, tuberculose, alcoolisme, tares nerveuses, paupérisme et misère physiologique en général) ou de causes externes pouvant influencer sur la grossesse.

L'organisme, durant sa période de développement et de croissance, tendrait à obvier à ces manifestations et à atteindre la norme des fonctions par la corrélation et par l'activité compensatrice des divers organes; mais l'altération de l'harmonie et de l'équilibre fonctionnel serait plus manifeste si les lésions primitives ont été profondes, quand commence la vie de reproduction, et cela grâce aux altérations correspondantes des organes sexuels et des causes inhérentes à la vie de relation (traumatismes, intoxications, infections, etc.).

C'est un travail profond, consciencieux et original. Il représente la philosophie des glandes à sécrétion interne et se lit avec fruit. Involontairement nous avons pensé aux travaux de Raoul Dupuy, parus dans le *Journal de médecine*, de Paris, sur le traitement des arriérés par l'opothérapie pluriglandulaire associée. Ceux-ci sont un début de démonstration pratique des opinions de Poppi. Le point de départ a pu être différent, la marche du raisonnement être tout autre, mais il semble que l'auteur français et l'auteur italien devaient se rencontrer sur le terrain de la pratique. MENIER (de Decazeville).

III. — Les otites moyennes et leurs complications, par Pierre DESCOMPS et Paul GIBERT. Paris, 1912, chez Steinheil (*suite*).

II. — Les complications des otites moyennes ont été exposées par les deux auteurs d'une façon remarquable. C'est certainement, malgré les difficultés du sujet, la meilleure partie de leur ouvrage; elle sera lue avec le plus grand intérêt. Ils éliminent avec raison, croyons-nous, de leur exposition didactique, certaines lésions qui exagèrent, il est vrai, la gravité des phlegmons de la cavité tympanique (fongosités, polypes, caries ou nécrose des osselets ou des parois, cholestéatome), mais qui, en somme, font partie intégrante du tableau clinique de l'affection. Comprises de cette façon, les complications sont des propagations diverses en dehors du territoire anatomique de la caisse. Pour classer et mettre un peu d'ordre dans l'exposition, le point de départ anatomique ne serait pas le meilleur critère, comme on serait tenté de le penser *a priori*, parce qu'on s'exposerait à morceller exagérément ces entités morbides

déjà si diffuses par elles-mêmes et à ne donner qu'un catalogue tout à fait fastidieux. Se basant sur le mode d'invasion des microbes partis de l'oreille moyenne, on peut admettre des infections par propagation de proche en proche et des infections médiates. Parmi les premières, on peut admettre que l'infection intracrânienne qui constitue le deuxième temps en quelque sorte de beaucoup de ces propagations à distance des germes pathogènes tympaniques, peut provenir soit de la mastoïde, soit du labyrinthe. Parmi les secondes relevant plus ou moins de la septicémie ou de la pyohémie, on aura à étudier différentes lésions viscérales dues à l'infection du sang ou de la lymphe.

Mastoïdite. — D'après la plupart des otologistes actuels qui se basent sur une observation plus méticuleuse et plus approfondie des lésions anatomiques des otites moyennes, la mastoïdite aiguë existerait toujours en même temps que la phlegmasie de la caisse, mais s'il n'y a pas rétention, cette inflammation, d'abord légère et passagère, ne se révèle pas. Elle reste absolument latente et cliniquement, on ne peut incriminer l'apophyse, de telle sorte que pratiquement il faut qu'elle prenne une certaine intensité pour qu'elle mérite de fixer l'attention. Parfois, l'infection, tout à fait transitoire dans la cavité tympanique, se cantonne et s'aggrave dans les cellules mastoïdiennes et alors on parle, mais à tort, de mastoïdite primitive, ou bien il s'agit d'une otite moyenne chronique torpide réchauffée dans l'apophyse, ce qui aboutit à un tableau morbide du même genre. Le fait étiologique fondamental serait la stagnation du pus (perforation tympanique tardive, incomplète, obstruction des voies de sortie par des fongosités, des masses cholestéatomateuses, antre volumineux déclive, aditus étroit, cellules mastoïdiennes de la pointe très développées et très inférieures). Parfois cependant, Pierre Descomps et Paul Gibert reconnaissent que le mécanisme pathogénique serait autre. Les microbes de l'oreille auraient leur virulence subitement exagérée par le génie saisonnier de certaines épidémies de grippe, de scarlatine, etc., par l'humidité, le froid, l'absence de résistance de l'organisme. Ils insistent aussi sur la nocuité spéciale à ce point de vue du tamponnement postérieur des fosses nasales, sur l'emploi inconsideré des douches nasales, sur l'extraction maladroite et septique des corps étrangers du conduit auditif externe.

Les altérations morbides de la muqueuse et des parois osseuses sont fort bien décrites, mais, bien entendu, sans détails nouveaux, le sujet ayant été l'objet d'investigations si détaillées et si approfondies de la part des devanciers des deux auteurs qu'il ne leur restait rien d'original à dire. Faisons remarquer cependant que Pierre Descomps et Paul Gibert ont tiré un très bon parti des travaux récents parus sur les lésions des cellules mastoïdiennes, dites aberrantes, très mal connues jusqu'à ces derniers temps. Ainsi que Sébileau, Lombard, Mouret et plusieurs autres, ils tendent à dépouiller en partie l'antre du rôle prépondérant qu'on tendit un moment à lui faire jouer. Ils ont bien indiqué aussi ce qui donne aux phlegmasies aiguës

et aux phlegmasies non aiguës leur caractère nettement différencié.

Les modalités du début sont, comme on le sait, nombreuses, mais elles se laissent ramener, disent les deux écrivains, assez facilement à deux types principaux. Tantôt l'invasion est lente, insidieuse, imprécise, tantôt elle est brusque, violente et non douteuse.

Dans le premiers cas, on a les symptômes réactionnels habituels des infections otiques (légère douleur, fièvre vespérale, frissonnements, malaise, prostration), mais atténués, un tympan bombant avec cicatrisation incomplète ou un tympan ne bombant pas, mais rouge; ou bien la membrane de Schrapnell est perforée, ou bien l'écoulement n'a pas l'air de se faire parce que probablement l'aditus est fermé. Assez souvent on rencontre au niveau de la mastoïde un léger œdème diffus, surtout si l'on pratique une investigation méthodique et minutieuse de l'apophyse suspecte. Cette palpation est le plus souvent un peu douloureuse. Le malade s'en plaint ou du moins fait une grimace significative quand on presse sur l'os malade. Il faudrait d'ailleurs toujours faire l'examen comparatif des deux côtés. Inutile d'insister sur le début tapageur, très bien connu actuellement de tous les spécialistes.

A la période d'état on rencontrerait « une douleur spontanée, constante, sans trêve, intense, tensive, continue, pulsatile, que rien ne calme », privant le malade de tout sommeil, amenant des cris, des gémissements et trop souvent des troubles psychiques graves. Cette souffrance caractéristique de l'ostéomyélite aiguë se propage dans le voisinage sous l'aspect de névralgies diverses (temporale, frontale, hémicranienne). C'est là en effet un phénomène de la plus haute importance et sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention. Les symptômes généraux peuvent être marqués (enfants nerveux) ou atténués (vieillards). Comme signe physique, Pierre Descomps et Paul Gibert insistent beaucoup sur l'œdème et surtout sur la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, sur les modifications de l'écoulement, sur l'aspect de la mastoïde souvent infiltrée, œdématisée, tendue, luisante, parfois franchement chaude et rouge quand le pus avoisine la peau, ou bien les signes de la fusée purulente se font dans d'autres directions.

Au point de vue de l'évolution, on aurait la mastoïde subaiguë (condensante ou non), aiguë et suraiguë. La mastoïdite de la pointe, individualisée par Bezold, est ici bien étudiée. Les deux auteurs soutiennent qu'on ne l'observe pas chez le très jeune enfant; cependant Lermoyez et Luc en ont cité des exemples chez des nourrissons. Les complications cervicales, si remarquablement élucidées par Luc, sont convenablement mises en lumière par Pierre Descomps et Paul Gibert; la grande chronicité de beaucoup de ces fusées purulentes du cou est aussi signalée. « L'évolution est très lente, peut durer des mois, même des années. La fistule ou les fistules sont intarissables, parfois nombreuses, souvent distantes du foyer initial mastoïdien. » Le diagnostic serait difficile entre le vrai Bezold sous-sternomastoïdien et le pseudo-Bezold intrasternomastoïdien. Dans les deux cas on noterait du torticolis.

Dans des formes très localisées, il y a ce qu'on a appelé « l'antritrite¹ », fréquente surtout chez le jeune enfant. Quelques mots sont dits sur la mastoïdite névralgique de Gradenigo et sur la mastoïdite, avec paralysie du facial. Tout un chapitre des plus importants est consacré au diagnostic. La question a été parfaitement exposée à tous les points de vue. Le mal a été très bien différencié de l'algie mastoïdienne des névropathes² et de la périostite mastoïdienne de Duplay³. Nous reprocherons seulement aux auteurs de ne pas avoir parlé de l'exploration radiographique de l'apophyse qui, dans les derniers temps, a paru, grâce à des perfectionnements importants, pouvoir donner des résultats utiles.

Au point de vue des indications opératoires, Pierre Descomps et Paul Gibert notent des cas où l'intervention s'impose pour ainsi dire (ostéomyélite évidente, abcès sous-cutané en boutons de chemise ou fistule). Si le pus continue à s'écouler depuis 20 à 30 jours, on peut aussi, disent-ils, être sûr que l'apophyse est intéressée⁴. La fièvre, très élevée, serait également un motif d'agir chirurgicalement. Il en serait de même des douleurs violentes et bien localisées à la mastoïde. Parfois on serait éclairé par la venue d'une complication. On pourrait plutôt attendre chez l'adulte que chez l'enfant, chez le vieillard que chez l'adulte, surtout quand il y a diabète⁵. Après avoir rejeté, comme l'avaient fait depuis longtemps Duplay, puis Ricard, Piqué et Broca, l'incision de Wilde, les deux auteurs blâment aussi l'antrotomie simple « qui est une erreur thérapeutique⁶ ». Comme Sébilleau, Lombard et la jeune école, ils préconisent l'exploration et l'ouverture large des différents groupes cellulaires mastoïdiens. Même si l'antre paraît intact, on trouverait toujours un de ceux-ci malades, ce qui condamne la libération unique de la cellule antrale. « C'est la trépanation totale suivie du curettage complet de l'apophyse mastoïde qui est dans la mastoïdite aiguë l'opération que l'on doit pratiquer ». Les points de repère et les moyens classiques de reconnaître la situation exacte de la cavité antrale qu'il faut du reste ouvrir toujours la première, seraient plus schématiques qu'exactes. En réalité, si on n'a pas trouvé l'antre à la place indiquée, on le découvrira sûrement « au ras de l'angle postéro-supérieur du conduit ». Puis on se dirigera vers la pointe en traçant une rigole qui mènera vers les cellules apexiennes. On se donnera beaucoup de jeu de façon à travailler non au fond d'un puits, mais d'une large cuvette. On pansera ensuite à sec sans réunion par première intention, puisqu'il

1. Voir le travail de Caboche.

2. Voir les articles de Lichtwitz et de Lannois en France, ceux de Gradenigo en Italie.

3. Celle-ci est actuellement très contestée.

4. Schwartze et les autres otologistes allemands ont beaucoup insisté sur ce fait.

5. D'après Furet et d'après Lannois, il faudrait distinguer et ne s'abstenir que dans les diabètes graves.

6. Cependant Luc proteste dans quelques cas contre cet ostracisme.

s'agit, ne l'oublions pas, d'une véritable ostéomyélite avec os malade et suppurant¹. Le fond bourgeonnera peu à peu et l'épidermisation se fera en 4 ou 6 semaines.

La *mastoïdite chronique* présente un tableau clinique un peu différent de celui de la mastoïdite aiguë. Tantôt le mal succède à une infection générale grippale, scarlatineuse, typhoïde qui s'éternise dans l'apophyse, tandis qu'elle semble guérir dans la caisse; tantôt elle fait partie intégrante d'une otite moyenne suppurée chronique déjà fort ancienne et jusqu'ici négligée. Ce serait, maintenant que l'otite moyenne aiguë est mieux soignée qu'autrefois, le type le plus fréquent. Il existe une perforation tympanique postéro-supérieure avec otorrhée abondante fétide et aussi suppuration de l'attique avec carie des osselets. Le traitement local de la caisse échoue d'autre part, et le plus souvent on voit apparaître à la longue des masses cholestéatomateuses. Contrairement à la mastoïdite aiguë, la mastoïdite chronique ne déterminerait ni douleur, ni empâtement mastoïdiens. Aucun signe général bien net². Ces mastoïdites évoluent d'habitude très lentement, mais se réchauffent de temps à autre et alors on a le tableau d'une mastoïdite aiguë plus ou moins intense pouvant se terminer par fistulisation du côté de la peau. La marche de cette fistule, l'état de l'os sont ici parfaitement exposés et montrent la nécessité le plus souvent d'une intervention, la fistule n'étant qu'une garantie précaire de bénignité³. L'apparition d'une paralysie faciale serait aussi une indication pressante d'opérer. Les deux auteurs conseillent dans ces cas la cure radicale d'après le procédé de Schwartze, en observant, s'il le faut, la technique de Sébileau et de Lombard, c'est-à-dire qu'ils opèrent très largement et résèquent la plus grande partie de la corticale de l'apophyse pour mettre à nu les divers groupes cellulaires de la mastoïdite. « En terminant, il est d'usage aujourd'hui de suturer la longue incision rétro-auriculaire et de ne pas drainer en arrière du pavillon comme dans les cas aigus. On élargit le conduit membraneux en réséquant sa paroi postérieure et on résèque aussi en partie le fond de la conque. C'est par cet orifice élargi, qu'il faut maintenir béant, qu'on panse à sec par tamponnement la cavité osseuse curetée. » L'épidermisation se ferait entre six semaines et trois mois après l'intervention. Les pansements devront être exécutés avec un soin méticuleux. « Ils représentent une grosse part du pronostic opératoire. »

(A suivre.)

C. CHAUVÉAU

1. Cependant si l'os est moins profondément et moins largement atteint plusieurs se risquent à faire de la réunion par première intention. C'est une question de doigté clinique.

2. Il y a non seulement accoutumance, mais vaccination au moins temporaire contre les infections staphylococciques qui constituent l'agent habituel de ces sortes de mastoïdites.

3. Parce qu'elle n'assure pas une sortie intégrale ou du moins constante du pus.

IV. — **Les maladies de l'oreille pendant l'enfance**, par le Prof. ALEXANDER, de Vienne, Leipzig, chez Vogel, 1912 (*suite*).

L'otite moyenne aiguë suppurée serait d'une fréquence extrême chez l'enfant ainsi que s'accordent à le dire tous les nosologistes récents; comme il est facile de s'en convaincre par la pratique journalière; mais si l'infection microbienne est manifestement la cause de cette affection, son mécanisme n'est pas toujours facile à débrouiller. Alexander croit qu'il est licite d'incriminer les voies lymphatiques aussi bien que la voie tubaire, bien que cette dernière soit en jeu dans la majorité des cas. Les germes pathogènes ne procéderaient du dehors en dedans, c'est-à-dire du conduit à la caisse, que lorsqu'il y a eu traumatisme auriculaire. En somme les maladies générales¹ intéressant les voies aériennes supérieures et les affections rhino-pharyngées domineraient, ainsi qu'on le sait depuis longtemps l'étiologie de l'otite moyenne aiguë suppurée. Sans nous arrêter à l'anatomie pathologique désormais élucidée d'une façon définitive, nous signalerons rapidement d'après l'auteur les traits principaux du tableau morbide. C'est d'abord la douleur qui par le degré excessif qu'elle atteint souvent ne peut manquer de fixer l'attention du médecin et d'éveiller ses soupçons. Elle s'établit, dit l'écrivain, brusquement, détermine des souffrances lancinantes insupportables qui privent le malade de tout sommeil et le mettent en un état de vive agitation. Il y a fréquemment une sensation de pesanteur, de plénitude caractéristique. En même temps l'acuité auditive est considérablement diminuée (1 à 2 m. K. S.). La fièvre peut atteindre 40° et même plus. Si elle diminue notablement après l'évacuation du pus et si l'audition s'améliore, ce serait un indice de guérison probable; s'il n'en est pas ainsi, le pronostic s'en trouve singulièrement aggravé. Chez le jeune enfant il y aurait souvent vomissements et frissonnements en dehors de toute complication intracrânienne.

Sans trop forcer la réalité des choses on devrait admettre trois stades: 1° une période initiale allant de quelques heures à 3 ou 4 jours; 2° une période d'état durant 7 à 8 jours en moyenne et qui s'annonce par l'apparition d'une otorrhée plus ou moins abondante et séro-purulente qui s'épaissit rapidement; 3° une période de guérison dans les cas heureux où le pus se tarit peu à peu et qui persiste une à deux semaines. Les signes que peut fournir l'otoscopie sont exposés avec grand soin mais sans remarques nouvelles; il en est de même pour ce qui concerne la perforation du tympan. Dans les formes typiques, l'enchaînement des symptômes, le caractère si spécial de la douleur, la diminution de l'acuité d'oreille, l'aspect du tympan, la continuité des souffrances permettraient assez facilement le diagnostic d'otite moyenne aiguë vraisemblablement suppurée. Au-dessous de 8 ans l'acuité auditive ne pouvant être exactement mesurée on recourra à des instruments bruyants bien connus des petits malades et on

1. Elles ont, comme l'ont montré Triquet, Toynbee et Trœltsch, une gravité toute particulière pour l'intégrité de l'appareil auditif.

recherchera si le bruit qu'ils déterminent est bien perçu par l'enfant. Alexander pense qu'actuellement l'examen aux rayons X peut fournir des renseignements précieux non seulement pour la caisse mais encore pour la mastoïde. Il ne faut pas oublier cependant que les dents, les adénites et les tonsillites aiguës peuvent déterminer dans la première enfance des douleurs très aiguës et, en apparence, mal localisées, se propageant du reste volontiers du côté des oreilles (ex. : amygdalite), qu'il faut alors examiner otoscopiquement. D'autres fois une furonculose du conduit avec sécrétion abondante peut en imposer pour de l'otite moyenne aiguë ou bien, évoluant simultanément, accaparer seule l'attention, mais le furoncle ne déterminerait pas, en général, de fièvre, la douleur n'aurait pas le même caractère, elle serait plus localisée, moins aiguë, non accompagnée du sentiment de plénitude, l'exploration du conduit soigneusement nettoyé montrerait le corps du délit ; le tympan n'aurait, même congestionné, pas le même aspect que quand il y a un exsudat dans la caisse. D'une part l'évacuation des impuretés du conduit n'amènerait pas, quand il y a coïncidence d'une otite moyenne, l'amélioration de l'ouïe qu'on observe dans le cas contraire. Lorsqu'il y a otite externe seulement, les lésions n'intéresseront que la partie membraneuse du conduit et non sa portion osseuse. Au contraire celle-ci sera plus malade que le conduit membraneux s'il s'agit d'un phlegmon de la caisse.

Au début du mal, on se contentera d'une médication symptomatique, c'est-à-dire qu'on combattra les douleurs par des applications locales de glycérine phéniquée à 3 ou 5 %, d'anesthésine, d'adrénaline. Si le conduit est bien béant, large, qu'on n'ait pas à redouter par conséquent des phénomènes d'atrésie, on pourra prescrire des applications à l'acétate d'alumine à 40° ou des solutions, chaudes également, d'alsol à 1 %. La cocaïne ou mieux la stovaïne, la novocaïne, l'eucaïne, l'alypine rendent aussi des services en badigeonnages. Les sacs de glace in situ modéreraient souvent le gonflement inflammatoire et diminueraient les douleurs, mais les saignées locales avec les sangsues ne donneraient aucun bon effet. On purgera le malade et on prescrira le repos absolu au lit. Si les douleurs restent très vives et la fièvre élevée, il faudra exécuter une paracentèse précoce. On exécutera encore celle-ci dès que le tympan se bombra en un certain point avec changement de couleur en cet endroit. Comme anesthésique local, pour diminuer la douleur de la perforation, on se servira, après avoir nettoyé soigneusement le conduit avec de l'eau oxygénée, d'un mélange à 20 % de novocaïne-adrénaline portée à la température de 40°. On laissera le liquide 10 à 15 minutes dans le conduit avant d'intervenir. Après avoir exécuté la paracentèse d'après la technique de Politzer, on mettra ensuite sur l'oreille des compresses trempées dans une solution d'acétate d'alumine ou d'alsol à 1 %. Dans les cas favorables, la caisse se vide rapidement par une sortie profuse de pus au dehors, la température tombe et les douleurs s'atténuent d'une manière notable. En cas où l'ouver-

ture ne serait pas assez béante et assez large on l'agrandira si on constate que le pus stagne dans la cavité tympanique. L'auteur recommande de drainer avec des mèches introduites dans le conduit et trempées dans une solution d'alsol à 1 %. On peut aussi se servir de bandes imprégnées de xéroforme, de vioforme, de dermatol, d'aristol, d'ectogan, etc. Si l'otorrhée est abondante, ces mèches seront renouvelées toutes les deux heures ou même toutes les heures. Pas d'injections ni de lavages dans les cas habituels. C'est inutile tant que le pus n'est pas très épais ni très gluant. Dans ce cas spécial, on fera des lavages avec de l'eau chaude simplement stérilisée. On se bornera, en somme, à l'asepsie, car l'antisepsie est absolument superflue. Dès que le mal commence à s'améliorer, on constate que les mèches ne sont plus complètement trempées quand on les retire, que le pus est moins liquide et commence à s'étirer, à se coller sur les parois de la caisse ou du conduit. On recourra alors à l'eau oxygénée et on chassera le liquide au dehors par le Politzer ou bien on l'aspirera avec le spéculum pneumatique de Siegle. Alexander décrit soigneusement le mode de cicatrisation du tympan.

L'otite moyenne aiguë suppurée des nourrissons présente des particularités que l'auteur décrit d'après les travaux de Gomperz, d'Aschoff, de Politzer, de Preysing et de Weiss. A cet âge l'infection de la caisse est favorisée par la plus grande largeur de la trompe, par l'hypérémie de la caisse, par suite de la résorption active de la gélatine de Wharton, par le caractère encore embryonnaire et par cela même encore peu résistant de la muqueuse tympanique, par les antécédents héréditaires défavorables (débilité des parents qui peuvent être strumeux, syphilitiques, tuberculeux, âgés, rachitiques, alcooliques, miséreux, etc.), par les traumatismes crâniens subis pendant le passage lors de l'accouchement, ces violences congestionnant la tête d'une façon plus ou moins durable. A toutes ces causes il faut ajouter l'existence fréquente d'infections générales (fièvres éruptives, influenza), les infections du tube digestif¹ qui agiraient très fréquemment, l'action congestive céphalique, des cris, de la toux, de l'éternuement. Alexander pense que la fréquence extrême des affections catarrhales du nez chez les sujets anémiques, cachectiques, est d'ailleurs l'agent le plus actif de ces otites moyennes aiguës des nourrissons. Qu'il y ait simplement du catarrhe ou qu'il y ait du pus, le mal évolue d'une façon larvée chez beaucoup de ces petits malades; s'il y a fièvre on incriminera a priori plus volontiers le tractus respiratoire également lésé que l'oreille, à moins qu'on ne procède de parti pris à l'examen de cette dernière. Avant le 5^e mois en effet l'enfant ne montre par aucun geste qu'il souffre du côté de l'appareil auditif, mais le mal d'oreille exaspéré par l'acte de sucer interrompt souvent les tétés. En général, c'est l'otorrhée qui commence à révéler la vraie nature du mal, mais la résistance du tympan fait que l'apparition de celle-ci est assez tardive, d'autant plus que la

1. Dans ces cas et les suivants, la voie pourrait bien être hémato-gène.

trompe courte et large évacue assez bien le pus en dedans. En tout cas les enfants au sein ont bien moins souvent de l'otite que les enfants nourris au biberon. D'autre part la paralysie faciale serait ici plus fréquente qu'à l'âge adulte à cause des déhiscences de l'aqueduc de Fallope¹, qui à cet âge n'ont pas encore complètement disparu. C'est chez les enfants cachectiques qu'on observerait les cas d'otite foudroyante décrits en ces derniers temps. Les phénomènes les plus caractéristiques seraient la fièvre continue à 40° et même 41°, les vomissements, les frissons et un ensemble de symptômes connus actuellement sous le nom de méningisme. La période de début pourrait beaucoup traîner sans changer la gravité du mal. Les végétations prendraient souvent un tel développement qu'elles constitueraient une véritable complication en déterminant notamment une stagnation du pus. La mastoïdite aurait pendant les premiers temps de l'existence une très grande tendance à se produire à cause des vastes dimensions de l'aditus amenant une communication très facile entre l'antre et la caisse. Ces collections mastoïdiennes s'ouvrent, du reste, à cette période de la vie, facilement au dehors parce que la corticale externe est à cette époque de l'existence très mince; souvent même son épaisseur est diminuée quand l'enfant est rachitique, ce qui arrive très souvent. Il s'établit alors une fistule osseuse plus ou moins persistante. Les parents étant fréquemment des tuberculeux le mal est souvent dû à la présence du bacille de Koch et les lésions sont encore plus latentes si possible que dans les cas ordinaires. Contrairement à ce qu'on avait avancé autrefois, il est possible d'explorer le tympan et cela est même indispensable (Gomperz)². Il faudra, bien entendu, recourir à des otoscopes spéciaux et bien nettoyer le conduit en annexant à la seringue un ajutage spécial (Gomperz). On se rappellera que le conduit est encore purement membraneux, et qu'il se rétrécit en forme de fente près de la membrane du tympan très superficiellement placée. Les résultats otoscopiques sont sensiblement les mêmes que chez l'adulte. Avec un examen otoscopique exécuté de parti pris dans toutes les circonstances où l'otite moyenne aiguë de nouveau a lieu de se produire, le diagnostic de l'affection sera grandement facilité. Si l'enfant est cachectique, mauvais pronostic; si l'enfant est robuste et a une bonne hérédité, s'il est nourri au sein, on a au contraire les plus grandes chances de guérison, tandis que quand l'enfant est faible ou bien il survint de graves complications ou bien l'inflammation suppurée de la caisse s'éternise et l'otorrhée provoquera l'apparition d'un eczéma tenace. Le traitement serait sensiblement le même qu'à un âge plus avancé; on devra cependant prendre encore un soin plus attentif du conduit auditif externe.

1. Rüdinger a montré que le canal de Fallope était très déhiscent au début de son développement. Ces déhiscences sont constantes chez certains mammifères.

2. Courtade a bien montré chez nous la possibilité de cet examen chez les nourrissons.

Chez l'enfant la *mastoïdite* peut ne pas atteindre le stade suppuratif ou bien parfois il y a résorption spontanée du pus, enkystement et dessèchement d'une collection ou bien plus fréquemment perforation de la corticale externe peu épaisse et peu résistante à cet âge et formation d'une fistule. Alexander montre que la *mastoïdite* est presque toujours secondaire mais qu'elle peut être primitive dans les cas de traumatismes de la région surtout quand celle-ci était auparavant déjà malade. Si l'apophyse est pneumatique, les lésions ont l'air de s'être produites de proche en proche; si l'apophyse est spongieuse et diploétique l'aspect des altérations morbides semble métastatique¹. Sauf les formes foudroyantes, la *mastoïdite* ne surviendrait qu'au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë ayant déjà une durée de 3 à 4 semaines, ayant continué à sécréter du pus; ou bien la *mastoïdite* semble éclater quand le pus a commencé à se tarir en apparence par suite de la fermeture de l'ouverture tympanique. Les poussées aiguës au cours d'une otite purulente moyenne chronique seraient dues le plus souvent à une stagnation due à la présence d'un cholestéatome ou d'une prolifération polypeuse.

Dans le tableau morbide, il y aurait des symptômes mastoïdiens, des symptômes d'otite, des symptômes de complication intra-crânienne et des symptômes généraux². Les troubles locaux dus à l'inflammation de l'apophyse (gonflement local, empatement, douleur locale) sont fort bien et très complètement exposés ainsi que les modifications du conduit, la voussure concomitante du tympan, l'œdème du pavillon, les modifications de l'écoulement. La fièvre subit, dit Alexander, une augmentation appréciable; il se produit une violente céphalalgie avec vomissements et parfois aussi des convulsions généralisées. Les symptômes étant souvent effacés, l'examen de la mastoïde, du pavillon, etc., seraient de la plus grande importance. D'ailleurs quand le mal ne s'est pas amélioré au bout de 4 semaines on doit toujours penser que les lésions ont dépassé la caisse et se sont propagées à l'intérieur de l'apophyse. L'illumination de la mastoïde (Urbantschitsch) et l'examen aux rayons de Röntgen avec la méthode perfectionnée actuelle seraient d'un très grand secours quand la réaction symptomatique est insuffisante à éclairer l'observateur. Rien à attendre par contre de la percussion de l'apophyse. Les différences locales de température auraient souvent permis par une exploration attentive des deux mastoïdes à ce point de vue de reconnaître quelle était l'apophyse lésée. Le diagnostic différentiel d'avec la périostite ou des inflammations superficielles de la région serait, en somme, assez aisé. C'est par les anamnestiques qu'on différencierait l'érysipèle auriculaire de la *mastoïdite*.

Au début on essaiera d'enrayer la phlogose mastoïdienne par

1. En somme, des travaux sont encore absolument nécessaires pour prouver la fréquence ou la rareté ou même l'existence de la voie hémogène.

2. D'où la complexité souvent déconcertante de l'aspect clinique.

les applications de glace ou par l'irrigation continue, puis on recourra aux compresses trempées dans une solution d'acétate d'alumine ou d'alsol à 1 ou 2%. Le collargol serait impuissant ainsi que la teinture d'iode. Le méthode de Bier ne donnerait pas des résultats bien brillants, mais elle diminuerait positivement la durée du mal quand celui-ci penche vers la guérison. Si ces moyens dits conservateurs échouent ou si l'observateur attentif du cours de l'affection prouve qu'il y a une grosse collection purulente dans la mastoïde, on trépanera sans trop tarder. Si la mastoïdite s'est produite tardivement, on pourra être embarrassé, d'autant plus que le repos permet de voir disparaître beaucoup de symptômes dits mastoïdiens. On se règlera alors sur la marche de la douleur, sur l'allure de la fièvre, sur l'état général, etc, ce qui demandera souvent beaucoup de tact clinique. Dans les infections aiguës on aura plus à craindre la mastoïdite que dans les otites moyennes suppurées d'origine rhino-pharyngée.

On prendra aussi en considération l'état de la paroi postérieure du conduit auditif externe, le caractère de l'otorrhée, la persistance de la mastoalgie. On devrait aussi se guider sur l'examen bactériologique de l'exsudat (streptocoque, bacille pyocyanique). Par contre si l'enfant est très cachectique, tuberculeux avancé, ou s'il est épuisé par l'otite on s'abstiendra d'intervenir chirurgicalement. Suivant les cas, on fera une simple ouverture des cellules ou on mettra l'antre à nu. Dans le premier cas la guérison demandera 3 à 4 semaines, dans le second 7 à 8 semaines (Hammerschlag). La technique, les pansements consécutifs sont exposés avec soin, mais sans détails nouveaux. Alexander condamne absolument l'incision de Wilde.

(A suivre.)

C. CHAUVEAU

V. — Consultations oto-rhino-laryngologiques, par André CASTEX, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Paris, avec 90 figures dans le texte. Paris, 1912, chez Baillière et fils (*suite*).

Les maladies du pharynx sont assez rapidement esquissées. L'écrivain débute par quelques renseignements sur les granulations du pharynx, affection extrêmement fréquente. Il décrit leur aspect. On a, dit-il, incriminé pour expliquer leur apparition l'usage du tabac, les excès alcooliques, le surmenage vocal, l'arthritisme. « Mais en considérant un grand nombre de cas, on voit que rien n'est certain dans cette étiologie. Qu'importe d'ailleurs. La thérapeutique ici n'a guère besoin de songer aux diathèses. Les moyens locaux suffisent. » Pas de caustique mais emploi du galvano-cautère. L'anesthésie préalable à la cocaïne serait inutile. Quelques lignes sont accordées à la pharyngite atrophique retentissent au loin des rhinites semblables et qu'on combatta par des gargarismes très chauds, à la pharyngo-mycose due comme l'a montré B. Fraenkel de Berlin au *leptothrix buccalis* ou parfois aussi au *bacillus fasciculatus* ou à

l'oïdium albicans, contre laquelle il n'y a qu'un moyen qui réussisse, l'éradication des petites houppettes.

A propos des ulcérations non transitoires, Castex fait une courte esquisse de la tuberculose et de la syphilis du pharynx. Contre la première, il prescrit les injections eucalyptol-benjoin, les gargarismes à la stovaine ou à la phénacétine, les comprimés d'orthoforme qu'on laisse fondre sur place. A propos de la syphilis de l'organe, l'écrivain insiste sur la polymorphie et le caractère décevant de beaucoup de ses manifestations. Quant au diagnostic, il signale la confusion avec les lésions de la morve, de la lèpre, de la sporothricose (Collinet). Après avoir vanté les injections sous-cutanées de benzoate de mercure, il ajoute : « J'ai eu de bons résultats avec le 606. L'hectine m'a paru moins efficace. »

On sait que Castex a publié le premier travail d'ensemble chez nous sur les tumeurs malignes de l'amygdale et qu'il a fait sur la question un rapport intéressant un congrès international de Budapest en 1909. Ici, il ne fait qu'esquisser très brièvement cette importante question, mais il donne une bonne étude des hypertrophies de l'amygdale palatine aux différentes périodes de l'existence. Il mentionne que le nouveau-né¹ peut avoir deux tonsilles tellement grosses que la respiration et l'allaitement en sont rendus presque impossibles. Cependant malgré l'extrême jeunesse du sujet on pourra opérer avec certaines précautions. Dans l'enfance l'examen est parfois difficile à cause de l'indocilité des sujets. L'auteur montre qu'avec un peu d'adresse et certains tours de main on vaincra sa résistance. Pour l'opération, pas de thermocautère, pas d'amygdalotome mais la pince à morcellement de Ruault. Il serait mieux d'endormir l'enfant. Castex signale la complexité étiologique de l'hypertrophie amygdalienne palatine chez l'adulte. Il ne fait guère que signaler les lésions syphilitiques et insiste chemin faisant sur la polymorphie du chancre de la tonsille. La multiplicité du siège des plaques permettrait de reconnaître aisément la nature de celles qui siègent sur l'amygdale.

Du reste Castex reprend la question dans un chapitre d'ensemble consacré à la syphilis du pharynx, lésions qu'en pratique on a l'occasion d'examiner en même temps. « Au cours de cet exposé, dit-il, je suivrai la conception actuelle que j'ai entendu développer par mon ami le professeur Gaucher dans son service de l'hôpital Saint-Louis, où j'ai recueilli beaucoup de documents. La vérole passerait souvent par cinq étapes successives dont les deux premières détermineraient des lésions d'allure apparente peu spécifique, et dont la cinquième résisterait aux mercuriaux et à l'iode. Cette dernière comme la quatrième ne se verrait guère du reste que chez les hérédo-spécifiques. L'auteur rappelle que si les altérations morbides de la deuxième période sont plutôt diffuses, celles du tertiarisme sont plutôt circonscrites, les cycles évolueraient enfin d'une façon assez régulière.

1. C'est Lasèque qui a signalé le premier ces faits.

Castex fait remarquer à nouveau que le chancre du pharynx est polymorphe, et le diagnostic est difficile par cela même qu'il prend des aspects très variés. « Tantôt c'est une simple érosion, parfois une ulcération profonde à fond gangreneux ou diphthéroïde ». D'autres fois l'allure serait celle d'une amygdalite et il y aurait de la douleur à la déglutition. La diffusion du virus serait tellement rapide que la roséole pourrait apparaître en 15 jours (Milian). Mais trois caractères principaux servent à dépister cette manifestation primitive de la vérole pharyngée : unilatéralité, induration, adénopathie. Pour l'induration mettre un doigtier de caoutchouc de crainte d'infection et placer les doigts de l'autre main en dehors, à l'angle de la mâchoire. L'adénite existe à l'angle de la mâchoire ou plus exactement à la grande corne de l'os hyoïde. Les amygdalites ulcéreuses, en première ligne l'angine de Vincent, sont les lésions qui prêtent le plus à la confusion, et à ce propos l'écrivain mentionne une clinique bien connue du professeur Dieulafoy sur le sujet. Chez les hommes âgés fumant beaucoup, on pourra penser à un épithélioma superficiel, mais ici pas d'adénopathie au début et induration plus profonde et plus dure que dans le chancre. Contre le mal, injections hydrargyriques ou 606, et localement irrigations à l'eau résorcinée (à 5 %) ou à l'eau oxygénée coupée d'eau, bien neutralisée. Badigeonner l'érosion avec de la teinture d'iode tous les 2 jours, surtout pour éviter les infections secondaires.

Les plaques sont, comme on le sait, très fréquentes à la gorge qui est incontestablement un de leur siège de prédilection (à cause de l'irritation produite par la déglutition et le tabac). L'auteur rappelle leur teinte blanchâtre, *porcelainique*, parfois diphthéroïde, leur hypertrophie fréquente. Les douleurs qu'elles provoquent rappellent l'angine. Diagnostic facile en somme d'avec les aphtes et les ulcérations tuberculeuses, d'avec de la diphthérie, d'avec de la phlegmasie pharyngée non spécifique. D'ailleurs, l'examen bactériologique fait reconnaître la présence du spirille pâle de Schaudinn et Hoffmann. Comme traitement local s'abstenir du tabac, faire des injections résorcinées ou oxygénées, s'abstenir de badigeonnage au nitrate d'argent, cependant contre les plaques rebelles, cautérisations au nitrate acide de mercure. La teinture d'iode suffira dans les autres cas, aidée par l'administration des spécifiques à l'intérieur. Les localisations principales du tertiairisme au pharynx sont rapidement indiquées. Il y a, dit Castex, processus ulcéreux ou processus scléreux. Il insiste sur l'atrophie lisse de la base de la langue.

Au larynx la syphilis serait plus rare, mais caractéristique. L'auteur rappelle un cas de chancre primitif de l'organe qu'il a personnellement observé. Les lésions secondaires (plaques) sont infiniment plus fréquentes (base de la langue, épiglotte, cordes vocales inférieures), sur leur aspect rougeâtre s'allongerait une plaque jaunâtre semi-ellipsoïde, chez les fumeurs il s'y ajoute un peu de chemosis. L'écrivain note la raucedo syphilitica. Le tertiairisme atteindrait surtout l'épiglotte. « Dans l'endolarynx, ce sont des gommages, des ankyloses crico-

aryténoïdiennes, des dysphragmes, des palmatures. La phonation et la respiration parfois sont très compromises. Outre les spécifiques, il faudrait recourir à des interventions chirurgicales locales. En somme pronostic assez sévère dans beaucoup de cas.

La *tuberculose laryngée* malgré les innombrables travaux qu'elle a suscités mériterait toujours l'attention du nosologiste par sa polymorphie, chaque cas ayant pour ainsi dire son individualité propre. L'auteur note les différentes périodes (congestion, induration, ulcération), par lesquelles passe le mal, le processus morbide pouvant du reste évoluer plus ou moins vite dans ces différents stades. Le siège habituel est la région aryténoïdienne et les cordes vocales inférieures. Castex trace une bonne description de l'évolution clinique des lésions à ce niveau (voir également les figures 64 et 65 de son ouvrage). L'hémiphémie pharyngée serait l'altération morbide la plus difficile à reconnaître. L'affection aurait du reste à un examen attentif des symptômes révélateurs tels que prurit dans la toux au début, l'enrouement rapide, l'anémie du voile, des quintes coqueluchoïdes, puis éruptantes et finissant par prendre une tonalité éteinte caractéristique, la voix eunuchoïde chez certains sujets, la dysphagie, phénomène très pénible et très grave, car il entraîne une dénutrition très rapide. Dans le stade ultime, il y aura une dyspnée qui ira sans cesse en s'aggravant à mesure que les infiltrations sus et sous-glottiques augmentent. Au lieu de la teinte anémique puis des ulcérations on peut avoir affaire à une tuberculose, à un paquet de fongosités, etc.

L'affection ne serait difficile à reconnaître qu'au début, un examen attentif (et au besoin l'épreuve à la tuberculine de Koch dont ne parle pas l'auteur) permettra d'éliminer les laryngites non spécifiques, les nodules des chanteurs et l'atrophie des cordes vocales. Il attribue le mal à la contagion directe familiale, à la contagion personnelle par les crachats. L'infection serait favorisée par le surmenage vocal. L'écrivain pense qu'on ne peut compter sur l'examen pulmonaire, comme on l'a dit trop souvent, pour trancher le diagnostic, car beaucoup de cas de l'affection seraient positivement de la tuberculose primitive de l'organe vocal. Castex indique rapidement les signes différentiels d'avec le lupus, l'ozone laryngo-trachéal, la syphilis, l'épithélioma. Le pronostic serait grave, mais quelques cas pris au début pourraient guérir ou bien trainasser indéfiniment. Dans un paragraphe spécial, l'écrivain parle des rapports de la laryngite tuberculeuse avec la grossesse (Aman, Kuttner, Neumayer). Les uns (les Allemands) sont pour l'accouchement provoqué, qu'en France Pinard rejette formellement. Pour les conclusions cliniques et l'historique l'auteur reporte à la thèse de son élève Barthas (Paris, 1907). L'écrivain est pour les fumigations balsamiques et les cautérisations rares au chlorure de zinc, plus tard au galvano-cautère. Il signale l'utilité de la photothérapie (Nepveu), les badigeonnages calmants à la stovaine, l'orthoforme, le chlorétone, l'anesthésine, la phénacétine pour calmer la dysphagie,

les pulvérisations phéniquées. Parfois on pourra tenter la laryngotomie et le curettage. On insistera aussi sur le traitement général reconstituant.

Maintenant que leur diagnostic se fait plus aisément, les cancers du larynx paraissent être beaucoup plus fréquents qu'on ne l'avait supposé autrefois. Castex insiste comme la plupart des laryngologistes actuels sur la possibilité et même la nécessité de les découvrir tout à fait à leur début. Ce qui rend la chose un peu malaisée, c'est l'indolence habituelle de la période initiale. Un peu d'enrouement mais pas de toux, ni d'expectoration. Aucune douleur. « Voilà le grand danger de ces dégénérescences sur la muqueuse du larynx. Elles commencent et s'étendent quelquefois pendant plusieurs années sans que le cancéreux en soit autrement averti que par un enrouement qui lui paraît sans importance. » Cependant un peu de dyspnée qui s'accélère à la moindre fatigue pourrait souvent déjà provoquer quelques soupçons. Notons aussi, dit l'auteur, un certain épaississement du squelette cartilagineux qu'on apprécie aisément en pressant l'organe entre le pouce et les autres doigts. Signalons enfin quelques crachements de sang. L'haleine aurait l'odeur vague « de pièce anatomique en macération » qui éveille tout de suite l'attention d'un spécialiste exercé. Par l'examen qui réclamera le plus souvent l'anesthésie à la cocaïne le larynx étant devenu irritable, on prendra le miroir le plus grand possible. L'écrivain décrit minutieusement l'état physique de la cavité laryngée. Cédant il recommande surtout de se préoccuper c'est de savoir si le cancer est intrinsèque ou extrinsèque ; on tâchera aussi d'éliminer l'idée de syphilis ou de tuberculose. Il signale à ce propos quelques faits cliniques des plus intéressants qui montrent bien comment les choses se présentent dans la pratique. Castex pense que le papillome ne doit pas toujours être considéré comme bénin. Il a vu cette tumeur, considérée jusqu'ici comme bénigne, se transformer en néoplasme malin. « Il faut donc éviter d'agacer les papillomes quand le sujet aborde la quarantaine, et il n'est pas possible de les enlever tous à la pince, mieux vaut d'emblée recourir à la laryngectomie. » En outre du danger presque fatal de mort par asphyxie ou cachexie à la période ultime, il y a à craindre l'ictus laryngé qui emporte brusquement les malades. Rien de très certain, dit l'écrivain, sur les causes. L'opération de choix serait la laryngotomie médiane quand l'épithélioma est encore dans les parties molles et qu'il n'y a pas contre-indication à une intervention sanglante. La laryngectomie en se perfectionnant pourrait donner des résultats assez satisfaisants quand le squelette cartilagineux a été envahi sans que le mal se soit par trop généralisé. La redoutable bronchopneumonie post-opératoire deviendrait positivement plus rare.

Abordant la question des polypes, l'auteur rappelle que chez l'enfant il s'agit surtout de papillomes et à ce propos il donne une description abrégée, mais suffisante de ce genre de tumeurs. Il faudra opérer de crainte d'asphyxie brusque, et souvent on est obligé chez

ces jeunes sujets à pratiquer la trachéotomie préventive. Chez l'adulte on rencontrerait plutôt des myxomes ou des fibrômes; parfois on trouverait une sorte de corne ou d'ergot « qui se dresse sur le bord de la glotte ». L'aspect, les symptômes réactionnels, le diagnostic sont bien exposés mais sans détails nouveaux. Les inconvénients des polypes seraient surtout d'ordre vocal. D'habitude on pourra se contenter d'enlever le néoplasme par la voie endolaryngée, mais il faudra beaucoup de patience et d'adresse. L'armement, les préparatifs, la technique opératoire sont esquissés avec beaucoup de précision, mais si la pince a échoué, il faudra songer à la laryngotomie qui peut se faire assez simplement et sans mettre de canule dans la bouche comme Castex l'a soutenu à la Société française d'oto-rhino-laryngologie.

On sait que Castex en France, comme Glück et Flatau en Allemagne, a publié de nombreuses et fort intéressantes recherches sur les névroses du larynx et leur traitement. Il montre ici que l'aphonie nerveuse est fréquente. Il s'agit, dit-il, de sujets asthéniques et « asthénique aussi est leur larynx. Les cordes vocales fonctionnent mais avec trop de mollesse pour produire un son ». Si on vient en aide au malade le son sortira. Mais il ne faudrait pas oublier que cette aphonie est souvent un phénomène prémonitoire de tuberculose.

On pourrait voir aussi les véritables paralysies des cordes chez les neurasthéniques, à domaine généralement limité, circonscrit par exemple à une corde, d'où voix bitonale. L'image laryngée, donnée par le miroir, serait du reste caractéristique. Dans quelques cas la paralysie serait bilatérale, quand les phénomènes paralytiques sont associés à des phénomènes semblables dans d'autres points de l'économie; on peut avoir le syndrome d'Avellis, celui d'Hughling-Jackson, celui de Schmidt. Plus rares seraient les spasmes soit du côté des muscles constructeurs de la glotte, soit pendant la phonation.

Les maladies de la voix fort bien étudiées par l'auteur dans des publications précédentes ne sont ici qu'esquissées. L'auteur signale la raucité de la voix chez l'enfant et chez les adolescents, les troubles de la voix chez les professionnels. Pas d'autres traitements ici que l'orthophonie, le repos et au besoin la suggestion. On trouvera enfin dans le présent ouvrage un chapitre intéressant les hypocondriaques de l'oreille, du nez et du larynx. C. CHAUVÉAU.

VI. — Le traité des maladies du nez et du larynx, par SAINT-CLAIR-THOMPSON (suite).

Maladies du larynx. — Les fractures du cartilage thyroïde sont des plus graves puisque la mort suivant la statistique de Ducham en est la conséquence dans 70 à 80 $\frac{0}{100}$ des cas.

Les signes consistent généralement en douleur à la pression, gonflement de la région, plus ou moins de gêne de la respiration, de la phonation, de la déglutition.

L'asphyxie peut survenir brusquement chez des malades qui paraissent convalescents, ou petit à petit.

L'emphysème du cou est un symptôme très sérieux. Un œdème aigu, une hématome de la glotte peut être la conséquence d'un traumatisme sur le larynx. Si le diagnostic de fracture du larynx est douteux, une radiographie lèvera les doutes. Il ne faut pas attendre pour pratiquer une trachéotomie. L'auteur recommande dans quelques cas après celle-ci une laryngofissure suivie de tubage pour maintenir les fragments en place.

La pathogénie du stridor laryngé congénital est maintenant éclaircie, grâce à la laryngoscopie directe qui a permis de constater dans tous les cas : 1° Un développement exagéré de l'épiglotte dont les bords se replient sur eux-mêmes ; 2° Un accollement des replis ary-épiglottiques au moment de l'inspiration. L'air ne passant plus qu'à travers la mince fente qui lui est ménagée fait vibrer les parties molles, d'où le bruit de stridor. L'obstruction respiratoire qui naît de ces malformations entraîne rarement la mort, à moins qu'elle ne s'accroisse du fait de bronchite ou de laryngite. Le traitement consiste à surveiller le nourrisson, à le placer dans les conditions d'hygiène les meilleures. Le spécialiste ne devra intervenir pour pratiquer soit une trachéotomie, soit un tubage qu'au cas où l'enfant se cyanose, éprouve de plus en plus des difficultés respiratoires. L'exposé de la symptomatologie des laryngites aiguës, de leur traitement ne diffère pas de celui qui est donné par la plupart des auteurs.

Les raisons qui font la laryngite aiguë plus grave chez l'enfant que chez l'adulte méritent d'être signalées. Chez celui-là, les dimensions du larynx sont beaucoup plus restreintes que chez l'adulte, mais encore sont-elles relativement petites, comparées au développement plus prononcé d'autres organes du même individu. Les cartilages sont plus mous, la muqueuse moins adhérente aux tissus sous-jacents et plus riche en lymphatiques.

Ces différences expliquent pourquoi la dyspnée, la cyanose, la tendance au spasme surviennent plus vite chez l'enfant que chez l'adulte. Tandis que Massei, la plupart des auteurs français admettent que la laryngite striduleuse n'est pas autre chose que de la laryngite sous-glottique, l'auteur ne mentionne même pas cette étiologie.

Il fait sienne cette explication de Vivian Pooze pour qui tous les phénomènes décrits sous le nom de laryngite striduleuse seraient provoqués par l'affaissement des tissus dénués de tonicité.

Cette théorie s'appuie sur la faiblesse musculaire, la fréquence des végétations chez les enfants sujets aux attaques de laryngite striduleuse.

Par suite de l'insuffisance respiratoire très fréquente chez eux, ils éprouvent de temps en temps le besoin de mieux respirer ; à ce moment, les crico-aryténoïdiens postérieurs n'ouvrent pas la glotte suffisamment grande pour empêcher le courant d'air inspiratoire d'accoler les parties molles. Comme le fait remarquer avec juste raison l'auteur, ces considérations n'ont pas qu'un intérêt spéculatif, elles

ont surtout des corollaires thérapeutiques intéressants. Si la laryngite striduleuse est d'origine spasmodique, les médicaments nervins sont indiqués, si au contraire la pathogénie qui précède est admise, le traitement sera surtout tonique. Il faut envisager le traitement au cours de l'attaque, le traitement dans l'intervalle. Au cours de l'attaque, la chambre sera largement aérée, l'enfant débarrassé de tous les vêtements gênants. Des affusions froides sont faites sur la figure, des tractions rythmées de la langue sont pratiquées.

Ce n'est que rarement qu'il y a lieu de pratiquer tubage ou trachéotomie. Durant l'intervalle des attaques, on veillera à ce que l'hygiène générale de l'enfant soit excellente, les végétations seront enlevées, même si elles sont en proportion relativement minime.

Tout ce qui suit et qui a trait aux tumeurs bénignes est écrit en termes excellents, nous croyons devoir être utile au lecteur en lui mettant sous les yeux le petit tableau qui résume les différences entre les tumeurs bénignes et malignes.

T. bénignes.

Rares après 50 ans.

Siègent sur les 2/3 antérieurs des cordes dans la majorité des cas.

S'échappe des tissus.

La base de la tumeur n'est pas enflammée.

Produit mécaniquement la diminution du mouvement des cordes.

Pas d'ulcération.

T. malignes.

Rares au-dessous de 40 ans, arrivent généralement après 50.

Une tumeur unique sur les replis ary-épiglottiques.

Envahit les tissus.

Base enflammée.

Toute diminution dans l'amplitude des mouvements d'une corde est suspecte.

Tendance à l'ulcération.

L'exposé du traitement des tumeurs bénignes ne comporte rien de particulier. En ce qui concerne la question si complexe de la cure des papillomes laryngiens, l'auteur ne mentionne la laryngo-fissure que pour la condamner; pas un mot de la dilatation caoutchoutées, etc. A l'heure actuelle, l'auteur est certainement seul de cet avis, ou à peu près, la laryngo-fissure, la laryngostomie ont fait leurs preuves entre les mains de tous ceux qui en ont fait usage.

Tout le chapitre qui traite des tumeurs malignes est des plus remarquables. L'auteur a adopté pour la description la classification de Krishaber en tumeurs extrinsèques et intrinsèques. La symptomatologie est trop connue pour que nous en parlions. Toutes les différences qui séparent le cancer de la syphilis, de la tuberculose, des tumeurs bénignes sont clairement montrées, grâce à de nombreuses planches en couleur. L'auteur est un partisan enthousiaste de l'extirpation des tumeurs intrinsèques au début par laryngo-fissure. Cette méthode donne les résultats les meilleurs, 80 % de guérison

définitive. Bénignité, facilité d'exécution, cette opération réunit tous les avantages.

Dans les cancers extrinsèques, l'auteur ne recommande pas les laryngectomies partielles, les héli-laryngectomies entraînent après elles plus de dangers du côté du poumon. Il recommande donc les laryngectomies totales. Ce chapitre de thérapeutique se termine par une série de conseils excellents sur le traitement palliatif.

Un aperçu anatomique succinct mais complet précède tout ce qui a trait aux troubles nerveux du larynx. Ces troubles peuvent être : 1° sensitifs ; 2° moteurs, la motilité étant exagérée comme dans les spasmes ou diminuée comme dans les paralysies ; 3° troubles d'incoordination, dans lesquels se rangent la toux laryngée, le vertige laryngé.

Cette classification bonne n'est pas parfaite puisqu'il est des lésions qui produisent des troubles sensitifs et des troubles moteurs. Dans l'impossibilité de résumer tout, nous ne retiendrons l'attention du lecteur que sur l'exposé de la symptomatologie des paralysies récurrentielles que nulle part ailleurs nous n'avons vu traité avec tant de clarté.

L'image du larynx atteint est différente selon qu'il s'agit d'une paralysie unilatérale ou bilatérale, d'une paralysie limitée aux muscles abducteurs ou d'une paralysie produite par des lésions plus avancées qui porte alors sur les deux groupes musculaires abducteurs et adducteurs.

La paralysie de l'abducteur précède généralement l'hémiplégie laryngée, en raison de la vulnérabilité plus grande des fibres abductrices (Loi de Semon). Vue à ce moment la corde atteinte reste fixée dans la position médiane, même dans l'inspiration profonde son bord libre est droit en raison de l'intégrité du thyro-aryténoïdien interne. La dyspnée est peu marquée, sauf en cas d'effort. Si elle est très gênante dans le cours ordinaire de la vie, il y a lieu de songer à une compression trachéale.

La paralysie est complète. — La corde se met en position cadavérique et elle paraît rétrécie et son bord est relâché. Durant la phonation, l'immobilité de la corde paralysée est plus manifeste. Par un effort de compensation la corde saine dépasse la ligne médiane pour venir s'accoler à la corde paralysée. L'aryténoïde malade est quelquefois repoussé par celui du côté sain. Il apparaît plus large que l'autre et à un niveau plus bas. Quelquefois il est penché en avant et en dedans par suite de la contraction de l'aryténoïdien qui est innervé par les récurrents ou par le laryngé supérieur (Grünwald). Dans les paralysies bilatérales complètes ou incomplètes les images que nous venons de décrire sont symétriques.

Le diagnostic de paralysie récurrentielle est quelquefois difficile. La corde peut avoir perdu ses mouvements par infiltration néoplasique, à cause du voisinage d'une tumeur.

D'ordinaire le diagnostic différentiel le plus difficile est à faire avec l'ankylose crico-aryténoïdienne.

Voici les différences :

Paralysie.

Ankylose.

Pas d'œdème.	Léger œdème autour de l'articulation crico-aryténoïdienne.
L'aryténoïde sain repousse l'aryténoïde du côté paralysé durant la phonation (à la longue pas).	L'aryténoïde du côté atteint ne bouge pas.
La corde est fixée en position médiane ou cadavérique.	Si la corde est immobile, elle est dans une position qui ne correspond à aucune de celles produites par une paralysie.
Quelquefois aryténoïde du côté malade et penché en avant, en dedans.	Mouvement saccadé de la corde.
Présence d'une lésion centrale ou périphérique.	Absence de symptômes d'une lésion nerveuse. Histoire d'une inflammation locale.
Dans les paralysies récentes un stylet décèle la mobilité de l'aryténoïde.	Le stylet décèle l'immobilité de l'aryténoïde (Delavan).
Généralement position médiane puis cadavérique.	

L'auteur décrit les symptômes laryngés des anévrismes thoraciques.

D'abord spasme et toux par suite de l'irritation du récurrent puis paralysie de ce nerf. La tête du malade étant rejetée en arrière, si l'on saisit entre deux doigts le cricoïde on peut percevoir des secousses trachéales. En position de Killian on peut voir la trachée animée de mouvements qui lui sont transmis par l'anévrisme, la dyspnée et le stridor peuvent être marqués.

(A suivre.)

R. HOULIÉ (de Paris).

VII. — La théorie de l'audition basée sur l'hypothèse de la résonnance de Helmholtz, par WAETZMANN, privat-docent de physique à l'Université de Breslau. Brunswick, chez Vieweg et fils, 1912.

Il semble que l'hypothèse de la résonnance de Helmholtz pour expliquer la perception des sons perd à l'heure actuelle beaucoup de terrain. Bonnier qui n'admet dans le labyrinthe que des phénomènes d'enregistrement lui a porté des coups très sensibles. Gellé, Marage, sans se prononcer aussi catégoriquement, ont aussi mis en doute l'analyse et la différenciation de sons au niveau de l'organe de Corti. La théorie de Bonnier nous a toujours semblé beaucoup plus rationnelle que celle du grand physicien allemand, par cela même

qu'elle assimile le fonctionnement de l'ouïe à celui des autres organes des sens. Priver l'oreille interne du soin d'individualiser les sons perçus pour confier celui-ci aux centres nerveux, n'est, il est vrai, que reculer la difficulté, mais l'importance et la multiplicité des centres auditifs encéphaliques semblent bien en rapport avec la complexité de l'acte à accomplir. Cependant Helmholtz a conservé encore beaucoup d'adeptes dans les pays de langue allemande. Sa façon de voir est simple ; à chaque son correspond une corde vibrante à laquelle est annexée un nerf à sensation spécialisée. Ses arguments physiques, bien que reposant sur des vues un peu aprioristiques ne manquent pas de valeur. Ce qui le démontre bien, c'est l'ouvrage du Dr Waetzmann, privat-docent de l'Université de Breslau, qui s'est fait déjà avantageusement connaître par d'importants travaux scientifiques. On trouvera dans la monographie de cet auteur une étude des plus intéressantes et des plus ingénieuses des sons combinés, phénomène que jusqu'ici l'hypothèse de Helmholtz n'expliquait pas très bien. L'auteur a notablement développé au point de vue mathématique et expérimental nos notions sur la résonnance, mais son travail concernant plutôt la physique que la physiologie, nous nous contentons d'appeler sur le livre d'Erich Waetzmann l'attention de nos lecteurs qui pourront y recueillir des indications nouvelles et importantes sur un problème encore pas mal obscur.

C. CHAUVEAU.

IV. — REVUE DES THÈSES

1. — **Infection et épilepsie. La diphtérie chez les épileptiques**, par G. FRADIN, de Chauvigny, Vienne (Thèse de Paris, 1901). L. Boyer, imprimeur, Paris.

On sait que les maladies infectieuses influent sur les crises épileptiques, mais dans quels cas, dans quelles circonstances et pourquoi ?

Il n'y avait qu'une chose à faire : c'était de reprendre en détail la question, d'examiner une à une toutes les maladies dans les rapports plus ou moins étroits qu'elles peuvent affecter avec la terrible névrose, d'examiner si elles diminuent ou augmentent les crises ou si elles les laissent évoluer comme avant, si les résultats sont contradictoires, de bien vérifier dans quelles conditions on se trouve et d'essayer de se former une opinion. Une autre question encore à examiner, c'est celle de la température. On sait que l'épileptique a au moment des crises une élévation de température. Comment va se comporter ce phénomène en présence de l'hyperthermie ou de l'hypothermie due à la maladie intercurrente. La température va-t-elle subir un maximum d'élévation, va-t-elle redevenir normale ou au contraire va-t-elle s'abaisser au-dessous de son point ordinaire, et pourquoi toutes ces variations ?

Voilà tout ce que l'auteur essaye de démontrer. Dans son travail il a surtout en vue les modifications apportées par la diphtérie à l'épilepsie. Il prend séparément cette maladie qui vient quelquefois contaminer des épileptiques et voit alors comment elle se comporte. Il suit les modifications que subit la courbe thermique et essaye d'en tirer une conclusion.

HIPPOCRATE avait remarqué que la fièvre avait le pouvoir d'interrompre les accès épileptiques. En 1803, BEAUNIS cite deux observations d'épileptiques guéris par la fièvre.

D'autres auteurs, dans la suite, citent de nombreux exemples et apportent de nouveaux matériaux à la question.

En 1844, SELADE, de Bruxelles, en observa de nombreux cas et il était tellement convaincu de l'action d'arrêt des maladies fébriles qu'il en fit la base d'une méthode thérapeutique.

GÉRARD, en 1846, publia dans les *Annales médico-psychologiques*, une observation qui montre nettement l'action des fièvres intermittentes sur l'épilepsie.

Elle est publiée dans la thèse de G. Fradin.

Dans cette observation on voit nettement les deux maladies alterner et l'épilepsie disparaître complètement lors des accès de fièvre, mais la fièvre n'est pas plutôt guérie que l'épilepsie est de retour.

En 1849, G. SÉE donne deux observations de diphtérie venant couper court à des phénomènes nerveux. Ce sont les deux seules qui aient pu être relevées dans toute la littérature médicale.

Enfin, en 1854, paraît le grand traité de DELASIAUVE sur l'épilepsie.

Il reconnaît toute la justesse de la formule hippocratique et même il a quelquefois vu la modification survivre à la maladie fébrile.

AUG. VOISIN a publié de nombreux articles sur cette maladie et se résume ainsi : « Il est presque constant de voir une maladie intercurrente suspendre pendant son cours les attaques et les autres phénomènes de l'épilepsie. »

En 1890, M. FÉRÉ et en 1897 J. VOISIN publièrent chacun un livre sur l'épilepsie. Ces livres résument toutes nos connaissances sur ce sujet, bien que les passages relatifs à l'influence des maladies intercurrentes sur cette névrose soient un peu écourtés.

DELASIAUVE reconnaît que, en thèse générale, les maladies intercurrentes arrêtent le cours des crises épileptiques : il voit aussi la modification apportée à la marche de la maladie par la fièvre intermittente qui la guérit complètement : c'est là un détail important sur lequel les auteurs précédents n'avaient pas encore insisté. Enfin il commence une classification des maladies qui agissent et de celles qui n'agissent pas ou qui sont contraires. Il cherche également à expliquer leur action et montre, contrairement à l'opinion courante d'alors, que certaines maladies chroniques agissent favorablement, à l'égal des maladies aiguës et que inversement des maladies fébriles peuvent avoir un résultat contraire à celui espéré et aggraver la maladie qu'elles auraient dû guérir.

Il donne 27 observations de maladies intercurrentes venant s'associer à une épilepsie déjà existante. De ces 27 cas 18 furent améliorés ou guéris par la maladie secondairement déclarée ; dans 6 cas l'effet produit fut nul, et enfin dans 3 cas seulement les phénomènes furent aggravés.

G. FRADIN rapporte l'énumération rapide des 27 cas de Delasiauve, car, écrit-il, c'est le seul moyen de se faire une opinion sur un sujet où les idées sont si divergentes. Il rappelle la thèse de SÉGLAS parue en 1881 et dans laquelle cet auteur aborde l'étude d'un phénomène nouveau passé inaperçu de ses prédécesseurs : c'est *l'étude des variations de la courbe thermique sous l'influence des accès*. « On voit en résumé que dans la grande majorité des faits observés, ce sont les maladies aiguës fébriles qui ont le plus d'action sur les paroxysmes nerveux. Aussi, si nous ne craignons pas de trop nous avancer, nous attribuerions dans tout cela avec M. Bourneville un rôle prépondérant à l'élévation de température et nous remplacerions l'adage : « *Quaterna epilepsia vindex* » par cet autre : « *spasmos febris accedens solvit* ». Ce serait donc, d'après lui, la température qui provoquerait l'amélioration plus ou moins durable que l'on constate au cours des accès.

CHATILLON, dans sa thèse parue l'année d'avant, remarque une exaspération des phénomènes pendant la période d'incubation de la maladie intercurrente. Les premiers symptômes déterminent une amélioration progressive qui au bout de quelques jours peut devenir une guérison plus ou moins complète.

En 1884 QUÉRIAUD reprend la question. L'influence bienfaisante

des maladies intercurrentes sur l'épilepsie ne fait pour lui aucun doute mais cette influence est différente selon que cette affection est survenue dans l'enfance ou dans l'âge mûr, ou selon qu'elle est héréditaire ou congénitale. Il est certain que les maladies intercurrentes ont une action indéniable sur l'épilepsie. Mais, cependant, toutes ne possèdent pas ce pouvoir salulaire et tandis que les unes améliorent certains cas, d'autres les aggravent sans qu'on puisse savoir pourquoi.

Ce qui manque encore, ce sont les expériences; malheureusement, elles ne sont pas faciles à faire, peut-être même sont-elles aujourd'hui encore impossibles. Du reste, quelle est la nature exacte de l'épilepsie? Nous n'en savons rien de bien précis, les avis sont fort controversés.

Les auteurs eux-mêmes ne sont pas très bien fixés sur la valeur des causes qui peuvent faire varier le nombre des accès. Selon les saisons, en effet, les crises augmentent ou diminuent ayant leur maximum aux temps les plus chauds et les plus froids de l'année, avec plus de persistance et d'intensité vers 9 heures du soir et 4 heures du matin. La menstruation et la digestion ont une action indéniable. La direction des vents ne serait pas indifférente. L'onanisme et le coït, l'alcool ont une action très intense. L'hérédité, niée par certains auteurs, la tuberculose, le rhumatisme, les maladies infectieuses, la syphilis, la grippe, la typhoïde, les mauvaises conditions hygiéniques, la différence d'âge entre les conjoints, les ébranlements physiques ou moraux, les chocs, les émotions sont des facteurs importants de l'épilepsie.

A ces causes générales il faut ajouter quelques causes locales qui font apparaître les accès ou aident à leur production, le sommeil par exemple, la grossesse. Quelles sont surtout les maladies qui agissent? D'abord on peut diviser ces maladies en deux groupes: 1^o maladies qui suppriment ou améliorent les accès; 2^o maladies qui les augmentent. Dans la première catégorie il faut placer l'érysipèle, les phlegmons et la pneumonie, la rougeole et la variole: dans ces deux dernières maladies les accès ne cessent que pendant le cours de la fièvre et reviennent dès que la température baisse. Puis viennent ensuite le rhumatisme, la fièvre intermittente, la tuberculose au troisième degré, le vaccin d'après M. Féré et enfin la diphtérie.

Mais à côté de ces maladies produisant de si bons résultats, il en est d'autres dont les résultats sont insignifiants quand ils ne sont pas funestes. La grippe, la typhoïde et la scarlatine ont beaucoup de méfaits à leur compte.

Pour être complet, il faudrait connaître la cause qui agit sur les accès pour les arrêter ou les accroître. Il faudrait aussi connaître dans quelles conditions elle varie et pourquoi chez les uns elle donne des résultats excellents, alors que chez les autres ses effets sont déplorables. Le même malade épileptique peut du fait de sa contagion avec deux maladies infectieuses différentes, voir ses accès diminués dans un cas et augmentés dans l'autre. Dans l'hystéro-

épilepsie le résultat obtenu par les maladies intercurrentes est le même que dans l'épilepsie. La diphthérie améliore passagèrement l'état des épileptiques et diminue les crises.

G. Fradin donne deux observations qui indiquent bien comment agit la diphthérie à l'égard de l'épilepsie.

D'après un tableau publié par l'auteur montrant par mois les accès et les vertiges des malades qui font le sujet de l'observation par opposition à ceux de la convalescence, on voit que non seulement la maladie arrête les accès, mais qu'en plus la convalescence les diminue.

Cependant dans une autre observation qui fait exception à la règle générale, les crises épileptiques sont revenues dans la convalescence et sont revenues très nombreuses, plus mêmes qu'avant. On ne peut expliquer la cause de ces phénomènes. L'amélioration d'ailleurs est de courte durée, le temps juste pendant lequel l'organisme reste imprégné de toxines. Comment expliquer que la durée de ces modifications soit si variable? Que dans certains cas elle se prolonge après la maladie tandis que dans d'autres elle est bornée à sa durée?

CHATILLON a déjà dit : « Il ne serait pas impossible que les fièvres éruptives agissent sur les centres nerveux en modifiant leur circulation et par suite leur nutrition et diminuassent ainsi leur pouvoir excito-moteur et les désordres qui sont la conséquence de leur exagération. Mais l'élément fébrile ne peut déterminer seul cette modification et il n'est pas irrationnel de croire que c'est aux poisons morbides qui donnent lieu aux fièvres éruptives qu'il faut rapporter la cause de cette influence. C'est peut-être par l'action spécifique que ces poisons (miasmes ou virus) exercent sur le sang, que le système cérébro-spinal est modifié secondairement et qu'on voit les névroses disparaître ou s'améliorer sous l'influence des fièvres éruptives intermittentes. D'après les recherches personnelles de G. Fradin, il est bien probable que ce sont les toxines qui agissent sur les éléments nerveux. Ce pourraient être cependant les microbes eux-mêmes, car dans beaucoup de maladies infectieuses, ils se trouvent lancés dans le torrent circulatoire et vont directement s'attaquer aux éléments les plus nobles de l'organisme.

Une autre cause dépendant des microbes peut encore provoquer l'épilepsie : c'est leur départ; les lésions qu'ils entretenaient vont se cicatriser. Le tissu cicatriciel très rétractile, va englober le tissu nerveux, l'enserrer ou le tirailler, et ces excitations bien plus efficaces que les premières vont déterminer les crises d'épilepsie, mais il est beaucoup moins facile d'expliquer l'arrêt que produisent certaines maladies infectieuses. Là, en effet, les hypothèses se donnent carrière. Contentons-nous aujourd'hui de ce que nous connaissons : nous avons vu nettement que certaines maladies améliorent l'épilepsie, que d'autres l'aggravent. Restons-en là, et souhaitons que la science qui en ce moment avance à pas de géant ait bientôt résolu la question. Chez l'épileptique, au moment des crises, la température

s'élève de un à deux degrés. Lorsque l'épileptique est en proie à une autre maladie intercurrente, l'élévation de température sera la même et se surajoutera à la température déjà existante. Cette élévation de température est assez fugitive; sa durée est de quelques heures seulement. C'est pour cela que sur les courbes le degré est d'autant plus élevé que la crise était plus rapprochée de la prise de température.

En résumé :

1° Chez les épileptiques la température s'élève au milieu des crises.

2° Cette élévation de 5 à 6 dixièmes de degrés pour les vertiges, peut atteindre 38 ou 39° dans les crises et dépasser 40° dans l'état de mal.

3° La durée de l'hyperthermie est proportionnelle à l'intensité de l'accès.

4° Tous ces résultats sont exagérés en présence d'une maladie infectieuse.

Dans le traitement de l'épilepsie il faut être très éclectique et se rappeler que l'on a à soigner non une maladie mais des malades. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la discussion thérapeutique de cette maladie, sa préférence pour le bromure de potassium.

Nous retiendrons qu'il est un autre traitement peu employé encore et qui se rapporte étroitement au sujet de ce travail, c'est le traitement par les maladies infectieuses, notamment l'impaludisme qui aurait plutôt pour G. Fradin une influence fâcheuse. Mais que faudra-t-il faire contre la diphtérie ?

On fera le traitement ordinaire : injection de sérum antidiphtérique et grands lavages de la gorge avec une eau antiseptique additionnée de liqueur de Labarraque, ou tout simplement de l'eau bouillie.

L'auteur rappelle en terminant que dans un asile d'épileptiques et de dégénérés le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur a donné des éruptions en nombre considérable, et les éruptions se sont surtout montrées plus fréquentes, persistantes et intenses chez les plus dégénérés.

A. GROSSARD (de Paris).

II. — Stomatite mercurielle. Maladie fuso-spirillaire. (Étude bactériologique et critique), par M. LAGARDE (Thèse de Paris, 1909; Jules Roussel, libraire, Paris).

L'étude des microbes de la bouche a depuis quelques années fait des acquisitions intéressantes. La connaissance assez récente du rôle du spirille de Vincent dans certaines inflammations buccales, devait conduire à le rechercher systématiquement dans les lésions de cette région, c'est ce qu'ont fait avant Lagarde plusieurs auteurs, mais personne n'avait jusqu'à ce travail, entrepris d'appliquer spécialement, cette étude à celle des stomatites toxiques qui intéresse le plus le praticien, la stomatite mercurielle. Deux parties bien distinctes dans cette thèse : une partie bactériologique dans laquelle

l'auteur expose la technique suivie et les résultats obtenus dans ses recherches; et une partie critique dans laquelle, discutant les théories jusqu'ici émises, il essaie d'asseoir sur les faits cliniques et bactériologiques observés une interprétation pathogénique. Dans un chapitre d'historique M. Lagarde discute, d'après les auteurs, la pathogénie des stomatites mercurielles et termine en disant :

« De cette étude, il résulte que la notion pour nous primordiale de l'identité de nature entre la stomatite ulcéreuse et la stomatite Hg., et de leur spécificité reste indécise. Dans un article tout récent, Grenet croit encore possible d'établir au point de vue clinique les éléments d'un diagnostic différentiel entre ces deux formes de stomatite.

« Nous croyons au contraire qu'elles ne se distinguent que par une étiologie différente et c'est ce que dans notre thèse nous allons essayer d'établir. »

Les recherches bactériologiques de l'auteur ont porté sur 28 cas de stomatites.

Toutes étaient des stomatites *ulcéreuses* ou *ulcéro-gangreneuses*. *L'étude moins intéressante des gingivites simples a été négligée*. M. Lagarde décrit : A) la **technique** de l'examen microscopique direct; B) donne les **résultats bactériologiques**. Les frottis de stomatite mercurielle examinés lui ont toujours permis de retrouver le spirille fusiforme, mais à des degrés de pureté divers.

Dans trois cas, le spirille fusiforme n'était pas prédominant, mais il n'y avait pas d'*ulcération véritable*.

Dans toutes les autres observations, c'est-à-dire dans 25 cas de stomatite mercurielle cliniquement non douteuse, le spirille fusiforme existait toujours en grande abondance, jamais seul, mais associé, tantôt d'une façon presque pure à des spirochètes ou à des spirilles, tantôt associé en outre à de nombreux cocci, à des bacilles, à des filaments mycéliens divers.

L'auteur a remarqué que la flore buccale s'appauvissait très vite sous l'influence du traitement antiseptique.

Lagarde étudie successivement les différentes formes microbiennes rencontrées dans les examens microscopiques :

1° *Spirille fusiforme*. Un caractère très utile à l'identification de cette bactérie est son incurvation en virgule qui a paru à l'auteur plus fréquente qu'on ne le dit généralement. « Les mouvements de cette bactérie, dit Letulle, se font sur un même plan par oscillation onduluse rappelant les mouvements d'un poisson. »

2° *Spirochètes* « très fins, longs, contournés en tire-bouchon, ils flottent dans les courants liquides et après être restés quelque temps immobiles, se meuvent brusquement, se tendant et se détendant à la façon d'un ressort à boudin (Letulle).

3° *Spirilles* de Miller qui ont été rencontrés assez fréquemment.

Ceux-ci dans quelques cas paraissent se substituer aux spirochètes pour constituer avec le spirille de Vincent une *forme de symbiose non décrite jusqu'à présent*. Ces spirilles se voient souvent pla-

cés bout à bout, deux à deux et prennent alors l'aspect, soit d'un S très allongé, soit d'un accent circonflexe.

4° *Microcoques*. La méthode de coloration de Gram permet de différencier certains de ces cocci : on peut déjà reconnaître par ce procédé, des *streptocoques*, le *pneumocoque* et surtout le *diplocoque*.

5° *Bacilles*. Moins nombreux que les cocci et voisins des espèces *bacillus communis* ou *bacillus lactis aerogenes* quelquefois du *bacillus subtilis*.

6° *Autres formes*. Les filaments de *Leptothrix* sont fréquents. On rencontre dans quelques préparations des filaments mycéliens parfois en grand nombre.

CULTURES. — *Cultures aérobies*. Dans lesensemencements en milieux aérobies un microbe s'est développé d'une façon constante : le streptocoque ; il existe d'ailleurs, toujours, même dans la bouche des individus sains.

Autres microbes. Le *micrococcus catarrhalis* a été par contre fréquemment et spécialement associé au streptocoque et au *staphylocoque albus* ou *citreus*.

Le *coli-bacille* et le *pneumo-bacille de Friedländer* ont poussé assez souvent dans les cultures en même temps que les cocci déjà décrits.

Le *pneumocoque* et le *bacillus subtilis*, le tétragène se sont développés bien plus rarement.

Cultures anaérobies. Dans deux cas où l'auteur a ensemencé en gélose glucoside profonde une parcelle d'exsudat recueillie sur les plaques gangreneuses il s'est constamment développé un grand nombre de colonies. Dans une observation, l'examen de ces colonies a montré qu'elles étaient toutes constituées par du streptocoque en culture pure, sans autre microbe anaérobie. Dans une autre observation, les colonies de streptocoques étaient également très nombreuses. Il semble résulter de ces faits que la flore des stomatites gangreneuse ne diffère guère de celle des stomatites ulcéreuses et que les microbes anaérobies y sont assez rares.

INOCULATIONS. — Les quelques inoculations pratiquées par M. Lagarde ont porté uniquement sur le streptocoque.

L'auteur en donne la technique et les résultats qui ont été négatifs.

Quant aux inoculations à l'homme il y a longtemps que Diday les a tentées avec un plein succès, démontrant l'inoculabilité des lésions de stomatite mercurielle au porteur.

ÉTUDE CRITIQUE. — L'auteur discute les théories qui furent émises autrefois pour expliquer la stomatite mercurielle.

Théorie toxique. — Le mercure ou plutôt son dérivé le bichlorure de mercure (Miahle) s'éliminant en partie par la salive produirait par sa seule présence une irritation locale suffisante à déterminer les accidents de la stomatite mercurielle.

M. Lagarde répond qu'on ne doit pas, tout d'abord, conclure de la présence de sels de mercure à leur action toxique directe ; les analyses de la salive des intoxiqués n'y ont montré la présence du métal qu'en quantité très faible. Du reste certains calculs méritent d'être

discutés: ceux d'auteurs qui considèrent l'élimination salivaire du mercure comme sensiblement égale à la différence entre la quantité de métal absorbé et la quantité éliminée par l'urine. L'auteur croit que ce calcul n'est pas exact, car l'élimination intestinale n'est certainement pas négligeable, étant donné surtout ce que nous connaissons de son rôle dans l'élimination de quelques autres métaux tel que le plomb, en ce que nous savons aussi du rôle antitoxique du foie.

Enfin s'il est vrai que l'élimination rénale soit double de l'élimination salivaire, comment expliquer l'absence de lésions des voies urinaires quand le rein est normal; comment expliquer que les mineurs d'Idria et d'Almaden n'aient plus d'accidents bucco-pharyngés quand s'est achevée la perte de leurs dernières dents; *l'action irritante de la salive mercurielle n'a pas été diminuée et pourtant ces ouvriers sont désormais à l'abri des récidives de stomatite mercurielle.*

En somme, il n'y a pas production de gingivo-stomatite en dehors de l'existence des dents, bien qu'il ne soit pas facile de l'expliquer.

On peut supposer que la gencive par son bord libre sert d'habitat à des parasites disparaissant avec lui parce qu'ils ne trouvent plus de conditions favorables à leur développement.

L'intoxication hydrargyrique ne comporte pas nécessairement la production de la stomatite caractéristique, et l'apparition de celle-ci n'est pas toujours fonction de la dose de médicament ingérée. De même les accidents ne disparaissent pas nécessairement par la simple suppression du médicament, bien souvent les accidents se prolongent pendant une période bien plus longue que celle qui est nécessaire à l'élimination.

L'auteur ne croit pas que la possibilité, voire même la fréquence des accidents gangreneux, doive contribuer à distinguer les stomatites mercurielles des stomatites primitives.

M. Lagarde donne des arguments qui tendent à démontrer l'insuffisance de la théorie toxique.

Théorie infectieuse polymicrobienne. — Paraît actuellement acceptée d'une façon générale; c'est surtout sur des arguments cliniques que se fondent ceux qui mettent en cause l'infection buccale qu'ils attribuent aux microbes pyogènes ordinaires de la bouche. « Lorsqu'elle est installée dans la bouche, dit Galippe, nous voyons la gingivo-stomatite septique produire des lésions qu'on a attribuées à l'élimination du mercure. Point n'était besoin de cette hypothèse pour expliquer ces lésions: nous savons maintenant que les microbes suffisent à la besogne.

« L'engorgement ganglionnaire que l'on observe dans la stomatite dite mercurielle est encore une preuve du caractère infectieux des lésions. »

Théorie de l'infection spécifique (Fusospirillaire). — L'auteur essaye de démontrer que la stomatite mercurielle est due au développement du spirille fusiforme, comme le lui ont montré les examens bactériologiques, et il étudie les arguments cliniques et thérapeutiques qui militent en faveur de sa thèse.

Il se rallie à l'opinion de M. Grenet quand il écrit : « Pour nous, faisant l'examen bactériologique des cas rentrant cliniquement dans le cadre de la stomatite ulcéreuse telle que l'a décrite Bergeron, nous avons toujours constaté au niveau des lésions buccales la présence de spirilles et de bacilles fusiformes, purs ou associés à d'autres microorganismes. » M. Lagarde énumère quels sont les symptômes communs aux stomatites ulcéreuses primitives et aux stomatites mercurielles qui lui paraissent indiquer leur identité de nature.

À côté des arguments d'ordre clinique, la thérapeutique fournit de nouvelles raisons de croire à l'identité de nature entre les lésions fuso-spirillaires ordinaires et la stomatite mercurielle. Le traitement le plus souvent employé par l'auteur a été le bleu de méthylène en attouchements ou la teinture d'iode et d'autre part les lavages à l'eau oxygénée faible. Il est à noter que les résultats satisfaisants obtenus avec ces substances antiseptiques, dans les stomatites mercurielles, sont tout à fait analogues à ceux qu'on obtient dans les stomatites ulcéreuses primitives.

Afin de ne pas donner à son travail un développement inutile et pour en faciliter la lecture, M. Lagarde a résumé ses observations recueillies à l'hôpital Cochin, les réduisant au strict nécessaire; mais dans chacune d'elles on trouve notés les antécédents syphilitiques du malade, le mode de traitement employé, l'état actuel de la bouche du malade, enfin les résultats de l'étude bactériologique.

Deux figures donnant l'une l'aspect habituel du frottis d'une stomatite mercurielle; l'autre la forme rare de symbiose du spirille fusiforme avec un fin spirille terminent ce travail très documenté.

A. GROSSARD (de Paris).

III. — Contribution à l'étude de la névralgie faciale syphilitique. par Georges RAVAUD (Thèse de Paris, 1907. Imprimerie Bonvalot-Jouve, Paris).

Il n'y a pas très longtemps que nous sommes fixés sur la possibilité de la névralgie faciale d'origine syphilitique. Dans sa thèse qui date de 1832, Chaponnière étudie les causes prédisposantes et occasionnelles habituellement invoquées pour les névralgies de la face. La névralgie syphilitique du trijumeau peut apparaître à toutes les périodes de la maladie, mais elle est plus fréquente à la période tertiaire.

Ces névralgies apparaissent souvent fort tard et durent fort longtemps.

L'auteur pense qu'on doit rattacher à la syphilis un très grand nombre de névralgies faciales, survenues chez des sujets âgés et absolument incurables.

Le tabes enfin peut s'accompagner de douleurs névralgiques, indépendantes des douleurs fulgurantes.

G. Ravaud étudie successivement la névralgie faciale secondaire, la névralgie faciale tertiaire, la névralgie faciale des tabétiques et termine en disant quelques mots des rapports qui peuvent exister entre l'évolution générale de la syphilis et l'apparition de la névral-

gie faciale. En général, ce sont des formes peu agressives, qui n'ont pas occasionné de nombreux accidents, qui souvent ne donnent lieu qu'à un seul symptôme tardif, la névralgie.

On ne peut guère parler d'anatomie pathologique à propos de névralgies syphilitiques secondaires. Un seul fait est établi : l'existence des lymphocytes en quantité anormale dans les névralgies syphilitiques.

À la période tertiaire on peut observer des faits de divers ordres.

Dans une première série de cas le nerf est lésé secondairement : il y a compression par la néoformation syphilitique, d'où excitation puis destruction du nez.

Dans une seconde catégorie de faits, le nerf est envahi par une gomme évoluant dans son voisinage.

Enfin il existe des lésions syphilitiques primitives circonscrites ou diffuses.

Dans le tabes, macroscopiquement, il existe une hypertrophie des racines nerveuses, leur surface est verruqueuse, sillonnée d'arborisations vasculaires.

Au microscope, l'absence presque complète de cubes à myéline est remarquable.

En résumé, contrairement aux névrites syphilitiques secondaires et par compression, la névrite tabétique du trijumeau est une névrite propagée ; le processus scléreux, après s'être emparé de la moelle, envahit le bulbe, étouffe et détruit le noyau d'origine du trijumeau, pour étouffer et détruire ensuite progressivement le nerf lui-même ; la névrite en pareil cas semble relever de la marche ascendante du tabes plutôt que de la syphilis.

Avant d'exposer les symptômes de la névralgie faciale syphilitique, il paraît indispensable à l'auteur d'indiquer ceux de la névralgie faciale en général et ceux bien connus de la céphalée syphilitique de façon à établir plus facilement ensuite l'individualité clinique de la forme dont il s'occupe.

Les névralgies faciales syphilitiques empruntent à la céphalée syphilitique quelques-uns de ses caractères ; elles peuvent évoluer concurremment avec elle et il est probable qu'à une analyse très serrée on trouverait de la névralgie de la cinquième paire dans nombre de cas de céphalée syphilitique.

Fournier a bien montré que les caractères cliniques de la névralgie étaient variables suivant la période de la maladie à laquelle elle se montre. G. Ravaud étudie successivement les cas qui peuvent se présenter.

Névralgie syphilitique de la période secondaire. — Assez fréquente, se rencontre de préférence chez la femme.

Les nerfs de la 5^e paire paraissent être le plus communément atteints et parmi leurs rameaux, la branche sus-orbitaire.

Elles sont *partielles*, plus diffuses, à exaspération vespérale.

Lorsque la névrite vient compliquer la névralgie, après une période d'hyperesthésie, l'analgésie d'abord, l'anesthésie ensuite font leur entrée en scène.

Des paralysies accompagnées de céphalée violente succèdent aux troubles moteurs du début.

Des troubles trophiques viennent compléter le tableau clinique en même temps que d'autres névralgies : intercostales, sciatiques ou autres s'accompagnant de douleurs assez vives. Les réflexes tendineux et cutanés sont souvent exagérés.

Névralgies de la période tertiaire. — Le début est marqué par des douleurs passagères ou permanentes, céphalée vespérale, paroxysmes névralgiques sous forme de décharges électriques.

Le plus souvent céphalée persistante à point de départ arcade sourcilière du côté malade avec irradiation vers la tempe et l'occiput, avec fourmillements de la face et crises violentes, qui s'étendent jusqu'à l'œil et à la joue, avec maximum d'intensité pendant la nuit.

La sensibilité dans la sphère du trijumeau a disparu en totalité ou en partie. Les réflexes cutanés ont disparu.

Les troubles trophiques ne sont pas rares. Le *zona ophtalmique* peut être rattaché dans certains cas à la syphilis.

Mais un des symptômes les plus caractéristiques de la névralgie syphilitique tertiaire réside sans conteste dans la paralysie de la branche motrice.

La paralysie des nerfs voisins accompagne assez souvent la paralysie du trijumeau ; le moteur oculaire commun et le facial sont plus spécialement éprouvés.

La diplopie est un signe intéressant. La paralysie faciale syphilitique est presque toujours incomplète. D'autres nerfs peuvent être pris.

Névralgie des affections parasyphilitiques. Névralgie tabétique. — Douleurs dans la mâchoire et dans l'œil.

Deux types cliniques caractérisent la névralgie tabétique du trijumeau : le type fulgurant, le type persistant ou continu.

Dans le premier cas les malades se plaignent d'élançements, de douleurs en éclairs au niveau du front, de l'oreille, de la bouche, des dents, du maxillaire inférieur.

Dans le second cas les souffrances sont plus sourdes mais continues et entrecoupées de paroxysmes.

Les troubles de la sensibilité objective sont fréquents.

Les troubles trophiques ne font jamais défaut.

Enfin la névralgie tabétique du trijumeau s'accompagne souvent des signes du tabès au début.

Le traitement syphilitique est l'élément le plus important du diagnostic. Il devrait être appliqué à tous les cas de névralgie faciale d'origine douteuse et permettrait peut-être de rattacher à la syphilis un certain nombre de faits inexplicables de zones ophtalmique, etc.

Mais l'on ne saurait trop insister sur ce fait important que les lésions peuvent être définitives, le traitement inutile et que la névralgie peut se comporter comme une névralgie ordinaire.

Les indications thérapeutiques sont variables selon les cas.

Les névralgies de la période secondaire sont dans tous les cas justiciables du mercure.

Dans les névralgies de la période tertiaire deux cas à distinguer : tantôt il s'agit d'une lésion récente, très accessible au traitement mercuriel, tantôt on se trouve en présence d'une lésion invétérée, en quelque sorte cicatricielle. Dans ce dernier cas le traitement mercuriel sera sans effet et l'on retombera dans les grandes indications du traitement des névralgies avec la révulsion et les analgésiques sous toutes leurs formes ou à une thérapeutique plus active encore.

Dans les névralgies tabétiques on pourra essayer la ponction lombaire.

A. GROSSARD (de Paris).

IV. — De la chondro-périchondrite tuberculeuse du larynx, par J.-A.-M. MONLAUR (Thèse de Paris, 1912, 111 pages. Oberthür, Rennes).

Après avoir fait un historique vraiment complet de la question, l'auteur étudie la pathogénie de la chondro-périchondrite tuberculeuse laryngée.

La lésion du cartilage peut être primitive et l'on a pu le démontrer histologiquement (Heinze). L'invasion tuberculeuse peut évidemment se faire par un processus semblable à celui des autres maladies infectieuses, fièvre typhoïde par exemple. De nombreuses observations cliniques confirment également cette opinion.

Toutefois dans la majorité des cas la périchondrite est consécutive à des infiltrations bacillaires de la muqueuse laryngée dont l'ulcération gagne progressivement les couches profondes et atteint finalement le périchondre et le cartilage lui-même.

L'auteur fait remarquer de plus que l'on a une tendance un peu trop marquée à considérer comme bacillaires toutes les chondro-périchondrites que l'on rencontre au cours des laryngites tuberculeuses. Les ulcérations d'une laryngite bacillaire peuvent fort bien être la porte d'entrée d'agents morbides susceptibles de déterminer des lésions de chondro-périchondrite non tuberculeuses.

La chondro-périchondrite serait surtout fréquente de 20 à 30 ans et surtout chez l'homme. Sur 45 cas de laryngite tuberculeuse autopsiés, Mac Kenzie a trouvé 18 cas de chondro-périchondrite. Retslitz, de Berlin, en a observé 10 cas sur 20 laryngites bacillaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut distinguer tout d'abord la chondro-périchondrite primitive à côté de laquelle se range la chondro-périchondrite précoce de la période initiale de la bacillose laryngée.

Ces deux variétés présentent toutes deux la lésion caractéristique du pseudo-œdème suivi de nécrose et de fonte du cartilage. L'aryténoïde, le thyroïde, puis le cricoïde seraient dans cet ordre attaqués avec le maximum de fréquence.

La chondro-périchondrite secondaire se rencontre dans la phthisie infiltro-ulcéreuse avancée. La lésion caractéristique est ici une ulcération profonde reposant sur un fond cartilagineux, fongueux, carié, dont le périchondre épaissi se confond avec les tissus lardacés des couches voisines.

On peut constater alors soit la nécrose proprement dite du cartilage, exceptionnellement l'ulcère du cartilage, « absorption ulcéroïde » de Broca (perte de substance irrégulière à parois ternes, noîrâtres, ramollies). Ces lésions s'accompagnent d'élimination de fragments cartilagineux dont la forme, le volume varient suivant le cartilage atteint et la profondeur où il siège par rapport au revêtement muqueux.

Cliniquement, la chondro-périchondrite primitive et la chondro-périchondrite précoce se présentent avec l'aspect symptomatologique du pseudo-œdème laryngé. Toutefois la première se développe sur un larynx jusqu'ici non tuberculeux, tandis que la seconde se manifeste tout à fait au début de la laryngite bacillaire. Le signe clinique important est donc au début la sténose. Plus tard on note tous les signes de l'abcès froid laryngé. Dans la chondro-périchondrite secondaire ou tardive, tous les signes de la laryngite bacillaire à la troisième période sont réunis. La douleur et la dyspnée sont particulièrement intenses et l'élimination de séquestres peut faire craindre l'asphyxie.

L'aspect des lésions varie un peu suivant le cartilage atteint.

L'aphonie et la douleur sont plus marquées lorsqu'il s'agit d'un cartilage mobile ; la sténose, lorsqu'il s'agit du cricoïde ou du thyroïde.

Les chondro-périchondrites tuberculeuses doivent être différenciées des périchondrites et chondrites syphilitiques, caractérisées par l'absence de douleur, l'existence de lésions pharyngées, les antécédents, l'examen histo-bactériologique.

La localisation à l'épiglotte serait un bon signe de syphilis. Le cancer, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, la variole, la diphtérie, la rougeole, le diabète, la grippe, la goutte, la blennorrhagie, l'actinomycose donnent lieu à des localisations chondro-périchondrales qu'il faudra distinguer.

Le diagnostic sera surtout délicat dans les abcès et les œdèmes du larynx, dans la laryngocèle, les kystes de la région antérieure du cou, les affections thyroïdiennes (congestions, thyroïdites aiguës, goîtres, cancer, tuberculose du thyroïde, maladie de Basedow), les adénites et phlegmasies circonscrites du cou.

Le pronostic est toujours grave. Sans doute, la guérison peut survenir après l'évacuation de l'abcès, mais fréquentes sont les rechutes. L'asphyxie est toujours à redouter.

Lorsque l'évacuation du foyer se fait par l'extérieur du larynx, la guérison peut être obtenue. Une fistule peut aussi s'établir, interminable.

Dans la chondro-périchondrite tardive le pronostic est intimement lié à celui de la tuberculose pulmonaire concomitante.

Les myopathies, les ankyloses ou pseudo-ankyloses crico-aryténoïdiennes peuvent nécessiter la trachéotomie d'urgence.

Enfin l'emphysème sous-cutané est ici une complication très grave.

La sténose laryngée est le meilleur mode d'évolution qui comporte le port quelquefois définitif d'une canule.

Le traitement médical comprend la sérothérapie, la médication générale hygiénique et reconstituante. La révulsion permettra souvent d'éviter la sténose par œdème laryngé. On y adjoindra utilement les pulvérisations antiseptiques.

Le traitement chirurgical est en somme celui de la bacilliose laryngée (cautérisations, curettages, excisions, trachéotomie) avec toutes ses indications particulières. Exceptionnellement on sera amené à faire la laryngotomie.

Ultérieurement, il faudra lutter contre les sténoses cicatricielles, dont l'auteur retrace les diverses méthodes de traitement et leurs indications suivant chaque cas particulier. E. MOLARD (de Paris).

V. — Contribution à l'étude des paralysies de la sixième paire crânienne, survenant au cours de lésions auriculaires, du côté opposé à ces lésions, par A. PALLIER (Thèse de Paris, 1912, 63 pages, Jouve et Cie).

La paralysie de la sixième paire que l'on rencontre au cours de l'otite moyenne suppurée et du côté opposé à la lésion est une complication rare et mal connue : il n'existe en effet aucune observation anatomo-pathologique sur cette question.

Cette paralysie survient au cours d'une otite moyenne suppurée grave, simple ou accompagnée de méningite séreuse, d'abcès extra-dural, etc.

Dans tous les cas où la ponction lombaire a été faite, elle a toujours démontré l'hypertension. En plus de cette paralysie on note de la diplopie qui s'améliore rapidement d'ailleurs. Quand il existe du nystagmus la paralysie donne l'apparence d'un nystagmus dissocié.

Cette affection est tout à fait différente du syndrome de Gradenigo caractérisé, comme on sait, par l'existence : 1° d'une suppuration de la caisse, aiguë ou chronique, 2° d'une paralysie du droit externe du même côté ; 3° d'une participation du trijumeau, caractérisée par des douleurs temporo-pariétales. Il s'agit là d'une affection rare et grave.

Dans la paralysie du droit externe du côté opposé, il s'agit par contre d'une affection bénigne. Ce n'est pas toutefois une paralysie réflexe. Elle dépend d'une lésion anatomique, mais d'une lésion qui guérit. S'il s'agissait d'une lésion de la pointe du rocher, l'infection pouvant en effet se propager d'une pointe à l'autre, il y aurait lésion définitive.

L'auteur admet que la paralysie est déterminée par compression du nerf, par hypertension du liquide céphalo-rachidien. Cette compression agit sur la sixième paire avec prédilection, étant donné sa fragilité et atteint facilement le nerf du côté de la lésion, exceptionnellement celui du côté opposé. Cette hypertension serait provoquée par l'irritation de voisinage.

Dans tous les cas observés dans ce travail, cette hypertension a été relatée et a rapidement amené une grande amélioration des symptômes.

Comme traitement l'auteur conseille :

1° De s'abstenir de toute intervention sur la pointe lorsqu'il n'y a que des symptômes d'otite, alors même que la paralysie subsisterait ;

2° De trépaner la mastoïde dans les cas aigus, de faire l'évidement dans les cas chroniques ;

3° De pratiquer une ponction lombaire qui devra être même répétée jusqu'à disparition de l'hypertension.

Il sera bon, en cas d'état général mauvais, de faire des injections intra-veineuses ou intra-musculaires de collargol.

E. MOLARD (de Paris).

VI. — Contribution à l'étude des végétations adénoïdes chez les nourrissons, par Michel DURIF (Thèse de Paris, 1911.)

Les végétations du pharynx nasal sont fréquentes chez les nourrissons.

Les végétations adénoïdes ont, d'après M. Marfan, une parenté morbide avec le rachitisme ; tous deux sont dus à des intoxications chroniques du premier âge, intoxications acquises ou héréditaires.

Les phénomènes prédominants de cette affection sont des phénomènes respiratoires et des troubles de l'alimentation ; on rencontre aussi une forme latente qui se traduit seulement par des phénomènes réflexes tels que laryngo-spasme, asthme, toux nocturne qu'il importe de savoir rapporter à leur véritable cause.

Le diagnostic est d'ordinaire facile ; s'il existe des doutes sur la présence d'un gros thymus, il faut toujours recourir à la radioscopie.

Quant au pronostic, il doit toujours être réservé à cause de la possibilité de troubles graves au cours de l'évolution et notamment, on doit redouter des complications du côté des oreilles.

Le traitement sera médical si les adénoïdes sont légères et sans complications. Dans le cas contraire, il sera chirurgical, celui-ci pouvant du reste être précédé du traitement médical chaque fois qu'il n'y a pas urgence. L'ablation se fera à la pince de Ruault en une ou plusieurs séances, suivant que l'hémorragie gênera ou non l'opérateur, et surtout, suivant l'âge du petit malade.

DHERS (de Paris).

V. — ANALYSES

I — OREILLES

Indications à la trépanation opératoire de l'oreille moyenne dans l'otorrhée chronique, par C. B. LAGERLÖF (*Allm. Svenska lakartidningen*, n° 16, 1912).

Il divise les suppurations chroniques en 6 groupes : 1° suppurations simples ; 2° suppurations avec carie ; 3° cas avec cholestéatome ; 4° cas causés partiellement ou exclusivement par une affection du conduit ; 5° cas avec complications labyrinthiques ; 6° cas avec complications endo-crâniennes.

Dans le groupe 1, l'apparition de phénomènes irritatifs peut indiquer une opération ; ici généralement la trépanation simple suffit. Dans le groupe 2, l'opération est indiquée quand surviennent les complications endo-crâniennes ou certaines complications labyrinthiques ; en outre dans l'inflammation aiguë grave de la mastoïde ; il y a indication relative quand avec le traitement conservateur on n'obtient pas d'amélioration marquée, en outre, dans la fièvre ne pouvant s'expliquer autrement et aussi au cas de douleurs extrêmes. Les indications du groupe 2 s'appliquent d'une façon générale au groupe 3. Dans le groupe 4, il faut faire la trépanation, par exemple au cas d'exotose, pour assurer un écoulement suffisant. Dans le groupe 5 on devra faire l'opération radicale dans les cas avec fistule labyrinthique ou symptômes irritatifs labyrinthiques, ainsi que dans la plupart des cas de labyrinthite latente chronique. Dans le groupe 6 l'opération radicale est naturellement toujours indiquée. Dans les cas appropriés, il faudra préférer l'opération conservatrice de Heath.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Contribution à la diphtérie de l'oreille moyenne, par BENESI, de Vienne (*Wien. klin. Woch.*, 12 sept. 1912).

Relation d'un cas d'otite ancienne, opéré, et dans lequel on trouve du bacille de la diphtérie en culture pure. Jamais la malade n'avait eu la diphtérie. Benesi classe les otites diphtériques comme suit :

1° Otite diphtérique après infection diphtérique générale ;

2° diphtérie secondaire de l'oreille :

A) Otite moyenne diphtérique à fausses membranes ;

B) otite moyenne diphtérique, avec pus, sans fausses membranes.

3° Diphtérie primitive de l'oreille :

A) Pseudo-membraneuse ;

B) Sans fausses membranes.

Le cas relaté rentrerait sous la rubrique 2° B).

Dans la première catégorie, il faut, en outre, faire rentrer les cas où la diphtérie ne touche pas l'oreille en apparence, mais qui, ultérieurement, présentent de la dureté d'ouïe (action des toxines sur le nerf acoustique).

Le sérum pourra avoir une action dans la diphtérie de l'oreille.

MENIER (de Decazeville).

La méthode de Bier dans la mastoïdite aiguë et dans l'otite grave, par le Prof. ESCHWEILER, de Bonn (*Zeits. f. Ohr.*, LXV Bd., h. 2 et 3).

L'auteur expose les raisons qui, d'après lui, ont été la cause de l'ostracisme dont certains ont frappé l'emploi de la méthode de Bier pour le traitement des otites et des mastoïdites. Selon lui, cet ostracisme est dû à un défaut de précision regrettable dans les contre-indications ou les limites d'emploi de cette méthode.

Cette méthode est, selon lui, contre-indiquée :

- 1° Si l'on redoute des complications intra-crâniennes ;
- 2° s'il y a abcès du labyrinthe ;
- 3° dans les cas de mastoïdite laryngée sans suppuration appréciable ;
- 4° enfin, s'il y a soupçon de séquestre ou de cholestéatome.

On doit interrompre les applications en présence de fièvre élevée et aussi dans le cas où une amélioration progressive viendrait à s'arrêter au bout de 3 semaines de traitement ; on doit enfin l'arrêter, et plus précocement, en cas d'aggravation des symptômes.

Les cas les plus favorables pour la méthode de Bier sont ceux dans lesquels la suppuration a atteint la pointe de l'apophyse (Bezold) ; très favorables encore les cas dans lesquels, sans abcès collecté, il existe une infiltration des parties molles.

A l'appui de ses opinions, l'auteur rapporte 10 cas intéressants.

CANY (La Bourboule).

Blessure du sinus latéral par coup de feu. Trépanation.

Extraction du projectile. Guérison, par DELREUVILLE, de Spa et GRENADE, de Verviers (*Presse Otolaryng. belge*, n° 4, avril 1912).

Enfant de 13 ans, reçoit un coup de feu tiré à bout portant à la région temporale *droite*, en arrière et au-dessus de la queue du sourcil. Coma passager ; après quelques jours d'euphorie, ralentissement du pouls, pupilles irrégulières, diplopie, exagération des réflexes rotuliens ; raideur de la nuque, signe de Kernig ; parésie de la jambe gauche.

La radiographie montre le projectile à deux travers de doigt en arrière et au-dessus du conduit auditif *gauche* (côté opposé à la pénétration). *Opération* : large trépanation mettant à nu le sinus latéral au niveau de son coude ; au-dessus du sinus, vaste hématome sous-dural qui est incisé ; hémorragie par ouverture du sinus dans la poche de l'hématome, extraction du projectile (balle de 6 mm Guérison sans incident notable, sauf légère hernie cérébrale).

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Indications de la trépanation mastoïdienne dans l'otite moyenne aiguë, par WOEBER (*Ztschr. f. ärztl. Fortbildung*, n° 12, 1912).

L'auteur relate les règles bien connues de Schwartz ; on opérera : 1° Quand malgré le traitement, les douleurs, la sensibilité et l'écoulement durent plus d'une semaine et qu'on voit se produire l'abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit ; 2° Quand il survient

une tumeur fluctuante à la surface de la mastoïde ou à la région de la racine de l'apophyse zygomatique ou qu'il y a une infiltration dure au-dessous du sommet de la mastoïde (mastoïdite de Bezold) ; 3° Quand malgré absences de symptômes objectifs et subjectifs, la suppuration profuse résiste plus de 6 à 8 semaines au traitement ; 4° Quand la maladie menace d'envahir le labyrinthe, ce qui se manifeste par surdité brusque, vertige, vomissements ; 5° enfin quand on voit les premiers signes de paralysie faciale.

MENIER (de Decazeville).

Un cas d'hémiplégie faciale à la suite d'un traumatisme de l'oreille externe, par L. KOGAN (de Sébastopol) (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, nos 5 et 6).

Le malade, âgé de 32 ans, avait reçu sur l'oreille gauche un coup de bâton muni d'un clou. Il existait outre la contusion, une plaie étroite et profonde entre le tragus et l'antitragus. Le malade présentait les signes de paralysie faciale gauche avec diminution de la sensibilité tactile et douloureuse. L'ouïe du côté gauche est notablement diminué, probablement par suite de l'ébranlement de l'oreille interne. Le nerf facial était blessé par le clou auprès du foramen stylo-mastoïdien. Le malade fut traité par la faradisation pendant un mois, l'ouïe s'améliora, mais n'arriva pas à la normale.

M. DE KERVILY (de Paris).

A propos d'un cas de mastoïdite double avec situation anormale de l'antre, par E. LABARRE, de Bruxelles (*Presse oto-laryngol. belge*, n° 1, janvier 1912).

Après avoir rappelé les données anatomiques relatives aux variations de situation de l'antre pétreux depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, et en avoir déduit quelques considérations cliniques sur l'évolution des otites aiguës de l'enfance, l'auteur relate une observation de mastoïdite double chez une femme de 30 ans, qui présentait des deux côtés, une anomalie de situation de l'antre ; celui-ci occupait en effet, tant à droite qu'à gauche, l'emplacement qu'il occupe généralement chez le jeune enfant.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Nouvelle pince mastoïdienne, par GAY FRENCH (*British med. journ.*, 17 août 1912).

La pince construite par Mayer et Meltzer de Londres est destinée à enlever le pont au-dessus de l'aditus dans l'opération radicale ; le bout de la portion distale est placé à travers l'aditus de la même manière que le protecteur de Stacke et en deux coups le pont osseux est enlevé ; il n'y a aucun risque de léser le facial.

MENIER (de Decazeville).

Contribution à l'anatomie et à la clinique de l'infection labyrinthique par perforation, par le Dozent LINCK, de Königsberg. (*Zeits. f. Ohr.*, LXV Bd., H. 2 et 3).

Dans ce consciencieux travail, l'auteur émet certaines considérations relatives aux conséquences que peuvent exercer sur le labyrinthe les foyers purulents de l'oreille moyenne suivant leur évolution.

C'est ainsi que les conséquences de l'otite purulente aiguë ne sauraient être comparées à celles des poussées aiguës au cours de l'otite purulente chronique. Dans les premières, la résistance des tissus se répartit d'une façon uniforme alors que dans les secondes, il existe tantôt des épaississements des cloisons osseuses et tantôt des amincissements qui produisent une résistance très variable à l'irruption du pus dans le labyrinthe.

De même, tandis que la paroi labyrinthique compacte oppose une barrière infranchissable aux infections par contiguïté, cette même paroi amincie par l'ostéite raréfiante de l'otite chronique finit par n'opposer qu'un obstacle illusoire au bout d'un certain temps.

C'est encore ce qui explique pourquoi dans les otites aiguës les lésions prédominantes sont placées dans le tissu conjonctif avoisinant les fenêtres, surtout la fenêtre ronde, tandis que dans l'otite chronique on trouve plutôt les lésions sur la capsule osseuse du labyrinthe, surtout au niveau du canal vestibulaire horizontal. Ces lésions sont sous la dépendance des conditions anatomiques locales.

CANY (La Bourboule).

L'opération mastoïdienne conservatrice de Heath, par LESLIE (*New-York med. journ.*, 10 août 1912).

L'auteur fait l'apologie de la méthode de Heath qui lui a donné d'excellents résultats; l'auriste n'est pas bien utile en faisant un Schwartze car en supprimant la suppuration, il détruit aussi l'audition sans espoir de retour. L'opération de Heath sauve la vie et l'audition à la fois car la zone dangereuse, c'est-à-dire l'antre devient grâce à elle parfaitement oblitérée. MENIER (de Decazeville).

Cas de thrombose du sinus latéral, résection de la jugulaire interne, évacuation spontanée de l'abcès de la fosse postérieure à travers le foramen jugulare, guérison, par PERRY G. GOLDSMITH, M. D. de Toronto (Canada) (*The Journ. of laryngol. rhinol. and otol.*, n° 3, vol. XXVII).

A. G., 49 ans, souffre depuis 1903 d'un écoulement de l'oreille droite. En septembre dernier, le pus augmente; surdité et céphalée du même côté. Pendant l'automne, nausées fréquentes et vomissements. Son médecin le voit la première semaine de janvier et note: température 99° F. pouls 100. Pas de douleur ni d'œdème à la mastoïde. Globules blancs 17000.

Frissons répétés. L'intervention est décidée. L'opération montre un os dur et dense à l'extrême, et l'antre mastoïdien rempli de pus. La paroi postérieure est nécrosée et le sinus latéral couvert de pus et de granulations. On ne trouve pas de fistule labyrinthique. Le sinus était décoloré, affaissé, et sa thrombose ne faisait pas de doute. On l'incise, il ne saigne pas. On décide la ligature de la jugulaire au cou, ce qui est fait: elle ne renfermait pas de caillot. Pendant les jours qui suivent l'opération la température oscille entre 100 et 101° F.

Le 27 janvier, le pansement laisse écouler trois onces de pus verdâtre. La température s'élève alors à 104° F. et le pouls à 100.

L'auscultation révèle une congestion des bases. Puis survient une

paralysie faciale, du vertige et du nystagmus. La question d'abcès du cervelet et de labyrinthite se pose, mais tous les symptômes s'amendent spontanément et le malade est considéré comme sauvé.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

Les lésions cérébrales au cours de la thrombose des sinus, par SIGMUND HEILBRONN (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Vol. 89, p. 17).

Voici trois observations intéressantes de thrombose du sinus latéral observées à la clinique du professeur Manassé. Bien que, cliniquement ces trois observations soient assez différentes, elles démontrent toutes la possibilité de lésions cérébrales rétrogrades par la voie veineuse, lésions pouvant être parfois d'un diagnostic extraordinairement délicat.

Le premier cas a trait à une otite suppurée aiguë avec abcès péri-sinusien banal. Au cours de l'opération on fit une petite éraillure au sinus latéral, lésion qui est, comme on le sait, sans importance d'ordinaire.

Tout va bien jusqu'au 6^e jour après l'opération, où apparaissent des signes de complication intracrânienne. C'est le tableau clinique de la méningite suppurée, si bien qu'on ouvre la dure-mère et que l'on draine aussitôt. Malgré l'intervention, la malade meurt rapidement.

A l'autopsie, on ne trouve pas de méningite, les méninges molles sont saines. Par contre, on trouve une thrombose du sinus latéral, très probablement post-opératoire puisque le sinus a saigné abondamment lors de son ouverture accidentelle au cours de la trépanation. On trouve également une thrombose de la grande veine de Galien et des petites veines de la base du crâne. De plus, fait curieux, on trouve des foyers de ramollissement hémorragiques dans les deux thalamus optiques.

Le deuxième cas est un type classique de thrombose étendue du sinus. Le point saillant de l'observation clinique réside dans ce fait que, après un frisson et une perte de connaissance de quelques heures, on voit subitement se développer au complet le tableau de l'aphasie sensorielle. A ce moment, on ponctionne mais en vain la circonvolution temporale gauche. Le jour suivant ces signes disparaissent subitement; en somme, aphasie éphémère.

L'autopsie démontre l'intégrité du lobe temporal gauche, et une thrombophlébite à marche rétrograde de la grosse veine de la pie-mère qui part de la circonvolution temporale gauche.

Il est probable que, consécutivement à l'obstruction de ce vaisseau il se produisit un trouble dans la nutrition du territoire nerveux correspondant, d'où l'apparition de l'aphasie, jusqu'au moment où, le système collatéral entrant en jeu, tout rentra dans l'ordre.

La troisième observation concerne une otite suppurée chronique avec thrombose du sinus, pyhémie, mais sans réaction cérébrale. Subitement apparaît de l'anarthrie témoignant d'une lésion de la moelle allongée avec paralysie bulbaire.

A l'autopsie on trouve seulement en pleine moelle allongée de petits foyers multiples de nécrose anémique. Ces foyers sont groupés autour des vaisseaux. Au centre ou au voisinage de chaque foyer se montre toujours un capillaire ou une veine obturée soit par la stase sanguine soit par un caillot hyalin. En somme il y a eu nécrose des points correspondant à ces vaisseaux.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Phlébite otogène du sinus, thrombose, pyohémie, bactériémie, par G. ALEXANDER, de Vienne (*Wiener med. Woch.*, 1912, n° 20-28).

32 cas, tous opérés ; 26 guérisons ; 6 morts. Comme agents d'infection on trouva le streptocoque pyogène (12 cas), les autres streptocoques (5 cas), des staphylocoques, des diplocoques, des cocci prenant ou non le Gram et des bâtonnets. Il est impossible de faire le diagnostic certain de thrombose. Dans les 6 cas à issue fatale il y eut, dans 3, du streptocoque pyogène. Tous les cas récents guérirent. La cause de la mort fut la méningite purulente (3 cas de méningite tardive chez des sujets âgés). La condition *sine qua non* de guérison dans la thrombose obturante est l'ablation du thrombus. On fait la ligature double de la jugulaire si on a diagnostiqué affections du sinus, même au cours de l'opération, même aussi au cas de doute. Traitement ultérieur : 1° changement de pansement au bout de 3 jours ; si la guérison est sans réaction, suture secondaire rétro-auriculaire au bout de 13 jours.

MENIER (de Decazeville).

Contribution à l'étude de la septicémie et de la pyémie d'origine otitique, par LUDWIG, de Berne (*Zeits. f. Ohr.*, LXV Bd., H. 2 et 3).

L'auteur résume dans ce travail 20 cas personnels d'infection purulente survenus chez des malades atteints de suppuration de l'oreille.

Il constate d'abord que 50 % de ces cas intéressent des enfants de moins de 10 ans ; 20 % des enfants entre 10 et 20 ans et respectivement 10 % des adultes de 20 à 30, 30 à 40 et au-dessus de 40 ans, ce qui est, dit-il, en parfait accord avec la statistique de Körner.

Il discute en second lieu longuement les indications et l'utilité des grandes interventions et notamment de l'ouverture des sinus et la ligature de la veine jugulaire. D'après lui, ces interventions ne suffisent pas toujours à arrêter l'inondation de pus dans le torrent circulatoire, et, en tous cas, la ligature de la jugulaire doit, pour être efficace, être suivie d'une large ouverture de toute la portion enflammée de la veine jusqu'au lieu d'origine de l'infection.

En outre, bien qu'il n'ait aucune expérience des moyens médicaux sur ces infections (sérums antiméningo- ou pneumococciques, collargol, etc.), il estime qu'en aucun cas, ces moyens ne doivent faire retarder l'opération, qui, pour être efficace, doit être précoce.

CANY (La Bourboule).

Affections otogènes et endo-crâniennes, par Gorham BACON (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juin 1912).

L'auteur insiste sur l'importance du diagnostic précoce de l'otite

à cause des relations anatomiques de la voûte de l'oreille moyenne avec le cerveau et la dure-mère et du plancher avec le bulbe de la jugulaire.

MENIER (de Decazeville).

La ligature de la jugulaire dans la thrombose otogène,

par KRAWTSCHENSKO (*Von Bruns Beitr. z. klin. Chirurgie*, 1912, t. LXXIX, fascicule 2).

Sur les 34 cas de l'hôpital Obuchow à St Pétersbourg 5, refusèrent l'intervention et moururent ; chez 18 malades on ne fit que la trépanation de la mastoïde sans lier en même temps la veine : 4 seulement guérissent et il y eut 14 morts ; sur 11 malades chez lesquels on lia aussi la jugulaire 4 guérissent et 6 moururent. L'auteur plaide pour une exécution précoce de la ligature, suivie éventuellement de l'ouverture du sinus.

MENIER (de Decazeville).

Abcès du cerveau d'origine otogène opéré, par BRUNEL (in *Ann. mal. or.*, n° 8, 1912).

L'auteur a voulu démontrer une fois de plus combien graves et insidieuses peuvent être les complications otitiques ; son observation est la description exacte de l'évolution d'un abcès du cerveau chez un malade atteint depuis six mois d'une otorrhée traitée par le mépris et l'indifférence. Pendant ce temps des lésions d'ostéite condensante, diffuse, envahissaient la mastoïde dans toute son étendue et progressivement l'abcès dural se forma jusqu'à entraîner la mort par méningite.

Nul doute qu'il ne faille toujours soigner sérieusement et surveiller de près toute otorrhée récente ou ancienne en ouvrant largement dès qu'apparaît le plus minime suintement à travers une perforation tympanique.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Nouveau tympan artificiel, par F. v. MENZ, de Leoben (*München med. Wochenschrift*, 1912, n° 24).

L'auteur emploie une masse de caoutchouc à grosses et fines mailles dont on fait les éponges de bain ; il vaut mieux prendre le caoutchouc à mailles étroites. On le coupe de forme convenable ; on le stérilise par ébullition et on l'imbibe d'un antiseptique non irritant, ou même de glycérine. Les indications sont les mêmes que pour les autres tympan. S'il existe encore de la suppuration, le caoutchouc à mailles effectue le drainage.

MENIER (de Decazeville).

Perforation du tympan après irrigation, par DRYBURGH-SMITH, d'Edimbourg (*British med. journ.*, 27 juillet 1912).

Il s'agit d'un femme qui après irrigation de l'oreille présenta une perforation du tympan et un écoulement ; se basant sur un cas analogue l'auteur pense qu'il y avait déjà une perforation fermée par du pus desséché et que l'irrigation enleva, ce qui fit revivre la perforation.

MENIER (de Decazeville).

Condylomes acuminés dans le conduit auditif externe,

par BENJAMINS (*Nederlandsch. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 1912, t. I, n° 26).

L'auteur décrit six cas dans lesquels le conduit était rempli d'éléments polypiformes qui étaient des condylomes acuminés. En même

temps, il y avait une otorrhée à odeur douceâtre particulière. L'auteur a constaté cette affection seulement chez les Chinois de Java où il exerçait. Il pense que cette affection est due à l'habitude chinoise de faire enlever à l'aide d'un petit rasoir les poils du conduit et il est possible que le même instrument ait déjà servi à la section des condylomes de la verge.

MENIER (de Decazeville).

Abcès du lobe moyen du cervelet et du lobe temporo-sphénoïdal droit, par GLEGG, de Birmingham, 16 mars 1912.

Rien de particulier sinon que le dernier de ces abcès ne fut découvert qu'à l'autopsie.

MENIER (de Decazeville).

II. — NEZ ET SINUS

Sur les rapports entre le nez et les organes génitaux,

par A. ZLATOVÉROFF, de Saratow (*Journ. mens. russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 12).

Sur 2790 femmes chez qui l'auteur a pu obtenir des renseignements précis au sujet de l'état de la menstruation, il y avait chez 263 certaines anomalies du nez en rapport avec les règles : ainsi, chez 56 il y avait de véritables épistaxis ; chez les 207 autres il y avait soit un écoulement sanguin peu abondant par le nez soit d'autres particularités. L'auteur a constaté chez les jeunes filles 1 ou 2 ans avant l'apparition des règles, des épistaxis qui se reproduisent à des intervalles assez réguliers, et qui disparaissent dès l'établissement de la menstruation. Dans d'autres cas ces épistaxis apparaissent au moment de la ménopause, surtout lorsque cette dernière s'établit tôt. Dans certains cas on a observé des épistaxis chez des garçons et des fillettes qui abusent de l'onanisme.

L'auteur cite un grand nombre d'observations recueillies dans la littérature et montre l'importance de ces notions pour le diagnostic et le traitement. Dans un certain nombre de cas des vomissements incoercibles de la grossesse ont pu être arrêtés par des badigeonnages de la muqueuse nasale avec une solution forte de cocaïne. L'auteur évite actuellement de faire des opérations dans le nez pendant les 2 ou 3 jours qui précèdent les règles et il observe beaucoup plus rarement des hémorragies secondaires. Il a observé 2 cas d'avortement après des cautérisations du nez.

M. DE KERVILY (de Paris).

Considérations sur les résultats obtenus dans une série de 50 cas de résection sous-muqueuse du septum nasal, par J. Burt. HAMILTON, M. B., Ch. B. (*The Journ. of laryngol. rhinol. and otol.*, n° 5, vol. XXVII).

Les résultats fonctionnels ont été très bons dans 27 cas, bons dans 20, mauvais dans 2 et 1 apparemment est resté le même qu'avant l'opération.

Perforations post-opératoires. — 12 malades sur 50, présentaient une perforation, la plupart ne s'en doutaient pas. Un seul présentait du sifflement, d'autres quelques croûtes. Dans 3 cas, des adhérences

s'étaient établies entre un côté de la cloison et la paroi externe et l'auteur conseille de tamponner à la gaze, pendant 24 heures, les deux narines.

Cas à étiologie traumatique et non traumatique. — Dans 19 cas, il y avait nettement une histoire de traumatisme. Dans ceux-ci on trouvait 7 des 12 perforations signalées plus haut, et les trois synéchies dont il a été question.

Effets de l'opération sur les autres symptômes. — Dans 3 cas, il y avait céphalée intense jointe aux troubles respiratoires. La guérison survint dans 2 cas, et l'autre s'améliora.

L'éternuement était un symptôme majeur dans 4 cas. Il disparut dans 2, s'améliora chez le troisième et persista chez le quatrième.

La toux qui était opiniâtre chez une jeune fille disparut avec l'établissement de la respiration nasale.

Deux malades atteints d'asthme ont vu leurs attaques diminuer d'intensité et de nombre, puis disparaître.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

Un cas d'ostéome des fosses nasales, par V. SONNENKALB, d'Iéna (*Zeits. f. Ohr.*, LXV Bd., H. 2 et 3).

L'auteur rapporte un cas d'ostéome de la cavité nasale dont le diagnostic a pu être confirmé par une radiographie du crâne.

Grâce à cette méthode d'examen, on a pu surtout préciser le lieu d'origine, le point de début de la tumeur et par conséquent apprécier la méthode opératoire la plus convenable pour atteindre le pédicule de la tumeur.

Cette tumeur pesait environ 60 gr. CANY (La Bourboule).

Transplantation de côte pour dépression du nez, par H. HAYS, de New-York (*Medical Record*, 22 juin 1912).

Relation d'un cas. Incision de $\frac{3}{4}$ d'inche (l'inche égale 2 cent. $\frac{1}{2}$) entre les sourcils avec légère concavité en bas ; l'incision fut enfoncée à travers les tissus sous-cutanés et le bout du nez fut disséqué de façon mousse, avec une rugine à périoste (analogue à celle employée pour les opérations sur la cloison). On fait la dissection largement en dehors, de sorte que l'insertion du fragment costal (prélevé sur la 9^e côte droite) fut facile. Le fragment fut fendu en deux et on n'utilisa que la coque externe. Incision sous le périoste du frontal et insertion définitive de la pièce prothétique. Résultat esthétique parfait.

MENIER (de Decazeville).

Prophylaxie du coryza aigu, par SICK, de Leipzig (*Münchener med. Wochenschrift*, n° 29, 1912).

On donnera une à deux doses de un à deux grammes d'aspirine et même davantage jusqu'à disparition des symptômes (chatouillement dans la gorge ou dans le nez).

MENIER (de Decazeville).

Les injections de paraffine dans la pratique, par R. MATROSOVITCH (*Vratchebnaïa Gazeta*, 1911, n° 6).

L'auteur présente les observations qu'il a faites pendant 4 ans ; il a traité 61 cas, dont 58 cas pour syphilis sans avoir vu d'embolie ou d'accident sérieux ; il a observé cependant de l'œdème de la peau.

L'auteur a employé de la paraffine dure mélangée avec de la vaseline, de façon que la température de fusion était entre 42° et 43°, injectée au moyen de la seringue de Schimmelbusch.

M. DE KERVILY (de Paris).

Signes physiques de la tuberculose pulmonaire provoqués par sténose nasale, par LAPHAM (*Medical Record*, 3 août 1912).

L'auteur estime qu'il existe une relation entre la tuberculose apicale (des sommets) et l'obstruction nasale. Le mécanisme de la respiration dans la partie pulmonaire la plus faible (sommet droit) est troublé par la sténose nasale qui provoque des symptômes absolument semblables à ceux de la tuberculose. Il est possible qu'en enlevant les facteurs de sténose et en établissant une bonne respiration nasale on puisse diminuer les chances d'invasion tuberculeuse.

MENIER (de Decazeville).

Les fractures du nez, par MOLINIÉ, de Marseille (*Le larynx*, n° 4).

Le traitement des fractures du nez comprend deux temps bien distincts : 1° la réduction ; 2° la contention. Sur le premier point tout le monde est d'accord, les moyens seuls varient, mais le but est identique ; c'est au sujet de la contention que les avis diffèrent. Certains veulent la réaliser par voie externe, d'autres par voie interne, les éclectiques combinent les deux modes de contention.

La contention par voie interne (lanières de gaze, tubes de caoutchouc, etc.), est surtout efficace à la portion respiratoire des fosses nasales, mais ces divers moyens sont sans effet sur la région supérieure du nez.

La contention externe néglige le côté fonctionnel et n'agit que très peu sur le côté esthétique. La combinaison des traitements interne et externe ne comble aucune lacune et laisse persister des défauts communs. Seules les fractures de minime importance peuvent se passer de contention.

D'après l'auteur les traitements appliqués jusqu'à ce jour ne tiennent pas suffisamment compte du rôle primordial de la cloison dans la conformation du nez et des fosses nasales. Sa rectitude assure la symétrie des parties dont elle est le soutien et par conséquent toutes ses malformations se traduiront fatalement à l'extérieur. Or si les procédés internes ont une action indiscutable sur la portion inférieure de la cloison, elles sont sans effet sur les portions élevées et laissent persister les déformations de la région supérieure du nez. Seuls les appareils prenant point d'appui sur le front, la lèvre ou les joues exercent une action sur cette région. Citons les appareils d'Adam, de Lewis Mason, de Carter qui utilisent des attelles internes : celles-ci refoulent les fragments de bas en haut, de dedans en dehors et les maintiennent dans cette position tout le temps nécessaire. L'instrumentation de Martin serait excellente si son application n'était aussi délicate et ne nécessitait pas le concours d'un mécanicien spécialiste dans la prothèse.

L'auteur a imaginé une pince dont il se sert de la façon suivante : Après anesthésie de la région bien repérée on introduit la pince forceps (de l'auteur) dans les deux fosses nasales en longeant le plancher, puis dans une deuxième prise on dirige les branches en haut, dans les portions élevées de la cloison : à ce moment les déviations latérales sont ramenées dans la rectitude, les enfoncements sont redressés, jusqu'à ce que l'avant nasal soit parfaitement reconstitué et vienne reposer sur la cloison. Il ne reste plus qu'à maintenir les tissus fracturés. Pour cela l'auteur introduit des attelles qu'il a fait construire à cet effet et qui peuvent être placées dans les fosses nasales de façon telle que la cloison est soutenue sur toute sa hauteur par deux sortes de montants qui empêchent toute déviation latérale et aussi préviennent tout affaissement de l'arête nasale. Par suite d'une réaction inflammatoire assez vive l'appareil n'est maintenu en place que 30 heures, et réintroduit si besoin est, un temps plus ou moins long pendant les quatre jours suivants, délai généralement suffisant pour assurer la consolidation. Les résultats ainsi obtenus sont d'autant plus encourageants que les attelles agissent aussi comme hémostatiques par la pression qu'elles exercent sur la cloison.

Le rôle de ces attelles est surtout appréciable dans les cas anciens où les interventions intra-nasales intéressent la portion ostéo-cartilagineuse et même osseuse du nez, et où par suite la consolidation est d'autant plus lente qu'elle est souvent compromise par du tissu fibreux et des adhérences cicatricielles.

D'après l'auteur, l'instrumentation nouvelle et originale dont il se sert lui aurait permis non seulement d'obtenir des résultats parfaits dans des cas récents, mais il aurait pu lutter très avantageusement contre des troubles fonctionnels, des déformations extérieures abandonnés à eux-mêmes ou insuffisamment traités.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

Traitement endo-nasal des maladies des yeux, par STENGER, de Königsberg (*Therapie der Gegenwart*, juin 1912).

L'importance du nez dans les maladies des yeux dépend des voies de relation immédiate, des relations anatomo-topographiques, des influences nerveuses réflexes. Stenger s'occupe ensuite du traitement endo-nasal des affections chroniques des paupières et de la conjonctive, des affections orbitaires aiguës, des maladies du sac lacrymal et du canal lacrymo-nasal, des maladies du nerf optique, etc.

MENIER (de Decazeville).

Recherches sur la pathogénie des polypes du nez et des oreilles, par PUSATERI (*Archivio italiano di laringologia*, juillet 1912).

Se fondant sur les résultats de ses recherches, l'auteur ne se croit pas autorisé à attribuer aux blastomycètes une importance dans la formation des polypes du nez et il estime que les corps mis en évidence par la coloration spécifique de Sanfelice ne sont que le produit de dégénérescence hyaline cellulaire (corpuscules de Russel). De même

les micro-organismes isolés par l'examen bactériologique (staphylocoque, diplocoque, pyocyanique, proteus, sarcines, hypomycètes) ne peuvent avoir une importance étiologique pour ces affections.

U. CALAMIDA (de Milan).

Procédé utile dans la résection sous-muqueuse de la cloison, par SMITH (*Journal of the american medical Association*, 20 juillet 1912).

Smith préfère faire l'incision nécessaire avec le galvano au lieu du bistouri ; cette méthode a pour elle, dit-il, le plus d'asepsie, l'absence d'hémorragie, une connaissance absolue de la profondeur nécessaire de l'incision, un écartement des bords et le décollement est facile et rapide. La réunion par première intention n'est pas retardée.

MENIER (de Decazeville).

Deux cas de tumeurs appliquées contre la paroi des cavités accessoires du nez, par O. CHIARI (*Monatsschr. f. Ohrenh. u. Laryngo-Rhinologie. Festschr. f. Prof. Onodi*, p. 326, 1912).

Ces sortes de tumeurs sont rares et peuvent très aisément être confondues avec une ectasie des sinus. L'auteur en rapporte deux cas. Dans l'un il s'agissait d'une tumeur de l'orbite chez un homme de 40 ans, ayant amené de l'exophtalmie, à évolution lente, sans douleur. Tous les symptômes semblaient indiquer une ectasie du sinus frontal et des cellules ethmoïdales, d'autant qu'il y avait réellement une légère inflammation des cellules ethmoïdales antérieures. Cependant l'opération conduisit sur une tumeur de l'orbite qui fut extirpée facilement et se trouva être un hémangiome caverneux. Dans l'autre cas on observait un gonflement douloureux de la joue gauche chez une femme de 66 ans, développé depuis plus de trois mois ; le sinus maxillaire était indemne : il s'agissait d'une tumeur inflammatoire chronique de la paroi antérieure de l'autre d'Higmore.

E. HÉDON (de Montpellier).

Deux cas graves de sinusite frontale aiguë guéris par le traitement endonasal, par DELSAUX, de Bruxelles (*Presse oto-laryngol. belge*, n° 1, janvier 1912).

Le premier cas concerne un sujet de 13 ans, atteint de sinusite frontale aiguë, avec gonflement au niveau de la paroi inférieure du sinus et protrusion oculaire ; le traitement consista en applications endo-nasales de cocaïne-adréraline, et en lavages du sinus avec une solution de collargol. Guérison en 13 jours.

Dans le second cas, il s'agit d'une sinusite frontale aiguë, avec gonflement fluctuant de la paupière supérieure ; l'incision donna issue au pus et il persista une fistule qui, grâce à un traitement endo-nasal (pommade boro-mentholée, resection de la tête du cornet moyen) ne tarda pas à guérir.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Traitement radical des suppurations du sinus frontal et ethmoïdal, par LINDT (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, t. CXVI, 1912).

Depuis 10 ans, l'auteur emploie la méthode de Killian qu'il regarde

comme la meilleure; il met en garde contre les modifications apportées au procédé original. Cependant, dans bien des cas, on arrive à la guérison par le traitement endonasal. MENIER (de Decazeville).

Un cas de pansinusite aiguë droite chez un enfant de 4 ans, par FRITZ SCHLEMMER (*Monat. f. Ohr. Bd. 46, H. 10, S. 1229*).

Depuis les travaux de Killian et de Haike le nombre des sinusites observées dans la première enfance semble avoir considérablement augmenté. Cela tient à ce que la symptomatologie de cette affection a été mieux décrite. On sait en effet que les sinusites des enfants peuvent passer complètement inaperçues, masquées d'ordinaire par les symptômes généraux ou par l'absence de tout symptôme local. Schlemmer apporte sa contribution à l'étude de cette affection en publiant un cas typique.

Il s'agit d'un petit garçon de 4 ans, dont le père est mort récemment de tuberculose laryngée. A l'âge de 4 à 5 mois cet enfant souffrit à plusieurs reprises d'accès fébriles à début brusque, d'une durée de 2 à 3 jours.

Là-dessus se greffa bientôt une toux sèche, une forte rougeur de la muqueuse pharyngée, et un chapelet ganglionnaire au cou. Cet état qui se renouvelait assez régulièrement fit penser à une affection bacillaire. Vers le 25 décembre 1911 apparaît un catarrhe pharyngé avec frissons qui dégénère bientôt en pneumonie classique. Au milieu de janvier 1912, l'enfant reprend sa vie normale, mais la fin de mars voit survenir une fièvre intense et des douleurs dans la région du cou. Le médecin appelé voit là les prodromes d'une fièvre infectieuse, mais bientôt apparaît une douleur dans l'œil droit, puis un gonflement énorme masquant le globe oculaire. Il s'agissait d'une ethmoïdite aiguë exigeant une intervention immédiate.

A l'examen de la fosse nasale droite on trouve une petite trainée de pus entre la cloison et le cornet moyen fortement tuméfié. Dans la gorge, il y a une amygdalite chronique sans trace de phlegmon.

L'opération de Killian pratiquée aussitôt démontra qu'il s'agissait d'une pansinusite droite. Le petit malade guérit d'ailleurs parfaitement. Le 8^e jour après l'opération, il subissait l'amygdalotomie.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Capacité et surface du sinus sphénoïdal, par HANAU W.

LOEB, Saint-Louis (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mars 1912).

De ce long travail d'amphithéâtre auquel sont annexées de très nombreuses reproductions photographiques, l'auteur conclut que la capacité du sinus sphénoïdal varie de 0,6 à 11,8 cent. cubes, avec une moyenne de 5,145 cent. cubes, et la surface de 2,4 à 28,2 cent. carrés avec une moyenne de 16,65 cent. carrés.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

Affections orbitaires consécutives aux sinusites, par REBER (*Pensylvania medical journal*, juin 1912).

L'auteur conclut que toutes sortes de maladies de l'orbite extra et

intra-oculaires peuvent être ramenées à des sinusites suppurées ou non ; il faut de la part du rhinologiste beaucoup de patience pour trouver la relation : même au cas de constatations négatives, le traitement intranasal qui amène une décongestion de la muqueuse doit être institué.

MENIER (de Decazeville).

Discussion sur le diagnostic et le traitement des sinusites nasales accompagnées, par Adolph BRONNER (Bradford) *The Journal of Laryng., rhin. and otol.* 12 janv., vol. XXVII.

Un grand nombre d'affections du cerveau, de l'œil et de l'orbite sont dues aux lésions des sinus nasaux accessoires. Les affections sinusales qui provoquent des troubles oculo-orbitaires le plus fréquemment sont :

1° L'empyème, consécutif à la sinusite scarlatineuse, rubéolique, grippale.

2° Les lésions osseuses tuberculeuses et syphilitiques.

3° Les fongosités.

4° Les traumatismes.

La transillumination et les rayons X sont utiles au diagnostic, spécialement en cas de sinusite frontale. En cas de syphilis, injections mercurielles et 606. En cas de tuberculose, injections de tuberculine.

1. Empyème de l'antre maxillaire. Le meilleur mode de diagnostic est le lavage du sinus qui provoque une mauvaise odeur, en cas de lésion. On le traitera par l'ouverture intranasale du sinus, avec curetage des fongosités s'il y a lieu. Les dents malades, les kystes dentaires seront supprimés.

2. Empyème du sinus frontal. Si l'orbite est envahi, on ouvrira le sinus par un procédé quelconque et s'il y a de la névrite optique ou des signes cérébraux on trépanera la paroi postérieure du sinus, pour mettre le cerveau à nu. Si les symptômes ne sont pas très accusés, on commencera par un traitement endonasal car il faut savoir que la cellulite orbitaire est plus fréquente après une opération externe du sinus que la primitive.

3. Empyème des cellules ethmoïdales. L'auteur préfère l'opération endonasale mais dans certains cas, il faut recourir à la voie externe (Moure, Watson, Williams).

4. Empyème du sinus sphénoïdal. Souvent il n'y a pas de symptômes, ou un peu de douleur à la mastoïde ou entre les deux yeux et souvent une faiblesse générale. Un catarrhe postérieur avec croûtes est la règle. Dans tous les cas de névrite obscure rétrobulbaire, de légère névrite optique unilatérale, de méningite, il faut ouvrir le sinus sphénoïdal.

Les cellules ethmoïdales postérieures sont souvent prises, comme parfois ce sont elles qui envahissent le sinus sphénoïdal. La névrite optique et la névrite rétrobulbaire souvent unilatérale sont dues à la compression, ou à la périnévrite ou aux toxines. La paralysie des muscles oculaires est fréquente.

Dans un grand nombre de cas, il est nécessaire d'enlever le cornet

moyen et les cellules ethmoïdales postérieures. En cas de polysinusites l'auteur opère toutes les cavités par l'antre d'Highmore (Jansen).

J. LABOURÉ (d'Amiens).

Ethmoïdite suppurée fistulisée au niveau de l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, par MALAN (*Boll. mal. orecchio*, juillet 1912).

C'est l'observation d'un malade de 14 ans atteint d'ethmoïdite suppurée ayant donné lieu à une collection paranasale et en se fistulisant, ce qui fait la rareté du cas, dans l'apophyse montante du maxillaire et amenant une collection endo-orbitaire. Le sujet fut opéré par le Dr Hahn, par trépanation des cellules ethmoïdales et guérit rapidement.

U. CALAMIDA (de Milan).

Extraction de corps étrangers du sinus maxillaire, par LAWNER, de Vienne (*Wiener med. Wochenschrift*, 1912, n° 25).

L'auteur enleva un drain de 7 cm. de long en enfonçant la paroi nasale externe.

MENIER (de Decazeville).

Anesthésie dans la résection sous-muqueuse de la cloison, par ALLAN, de Liverpool (*Medical Record*, 13 juillet 1912).

L'auteur est convaincu que l'anesthésie générale est inutile et que la cocaïne-adréraline en application locale suffit ; il ne fait pas d'injection et se contente de tamponner les fosses nasales avec de la gaze imbibée d'anesthésique (solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 % et solution d'adrénaline à 1 pour 4000) ; après le tamponnement on fait coucher le malade ; cette méthode évite les accidents dus à l'injection ; elle est facile à appliquer et l'anesthésie est suffisante ; de même l'hémorragie est minime.

MENIER (de Decazeville).

III. — LARYNX

Un cas de guérison spontanée de tumeur maligne du larynx (cylindrome hyalogène). Récidive débutante, par J. BROECKAERT, de Gand (*Presse oto-laryngol. belge*, n° 1, janvier 1912).

Cette observation est intéressante : 1° en raison de la variété histologique très rare du néoplasme ; 2° à cause de la guérison spontanée de la tumeur.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, présentant de la dysphagie, de la dyspnée avec cornage, et de l'aphonie ; à l'examen, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon occupe tout le vestibule laryngien ; elle semble englober l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques ; la tumeur fut facilement enlevée, en trois prises, au moyen d'une pince laryngienne ; les morceaux ramenés étaient sphacelés ; en quelques jours, retour à la santé ; au laryngoscope, pas de trace de la tumeur, disparition de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques.

Quelques mois plus tard, on aperçoit deux petites saillies irrégulières : l'une au-dessus de la partie antérieure de la corde vocale gauche, l'autre à la base de la langue.

Celle-ci fut enlevée et l'examen histologique permet de la considérer comme un adéno-carcinome hyalogène.

L'auteur rappelle les divers travaux publiés en vue d'élucider l'étude des cylindromes, leur histogénèse et leur pathogénie, et considère la tumeur qui fait l'objet de son travail, comme développée aux dépens des glandes tubulo-acineuses de l'espace thyro-hyo-épiglottique.

Quant à la guérison spontanée de la tumeur, l'auteur la rapproche des guérisons relatées par Coley sous l'influence de l'érysipèle et rappelle en terminant les différents processus de guérisons spontanées ou de regression des tumeurs malignes (calcification, développement de tissu fibreux, etc.). C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Absence congénitale de l'épiglotte, par K. BECK, d'Heidelberg (*Zeits. f. Ohr.*, LXV Bd., H. 2 et 3).

L'auteur décrit un larynx, examiné à l'institut anatomo-pathologique de Heidelberg, sur l'origine duquel il n'a pu avoir aucun renseignement et qui, non seulement ne présentait pas d'épiglotte, mais pas seulement de tissu pouvant en indiquer la place. Cette absence de toute trace d'épiglotte lui paraît un cas assez exceptionnel et confirme, selon lui, l'opinion des anatomistes qui considèrent l'épiglotte comme un organe absolument autonome dans sa nature et dans son évolution.

CANY (La Bourboule).

Sur l'anesthésie prolongée du larynx dans la tuberculose au moyen de l'injection d'alcool dans le nerf laryngé supérieur, par V. LYK (*Messenger russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, mars 1911).

Le procédé d'Hoffmann, qui le premier a employé ce mode d'injection d'alcool, est assez compliqué car l'injection se fait directement dans le nerf lui-même, c'est pourquoi Lyk propose une méthode simplifiée qui peut être employée même en consultation externe. Le malade étant couché, un aide repousse le larynx du côté opposé à celui où l'on veut faire l'injection. On trouve par la palpation la corne supérieure du cartilage thyroïde. En arrière de ce dernier on place son index gauche qui doit protéger la carotide dont on sent les battements nettement sous le doigt. A 1/2 centimètre en avant de l'ongle de ce doigt on enfonce l'aiguille perpendiculairement à la surface de la peau; il n'est pas nécessaire de chercher à provoquer par la pointe de l'aiguille la douleur caractéristique dans l'oreille comme on le recommande dans le procédé d'Hoffmann.

L'alcool est injecté lentement; il imbibé le tissu qui entoure le nerf laryngé supérieur et pénètre dans le nerf lui-même. On injecte au moins 2 centim. cubes d'alcool à 85° à froid.

Dès le début de l'injection il y a une douleur aiguë qui parfois l'irradie vers l'oreille. Cette douleur disparaît rapidement, au bout de 15 à 20 secondes; puis l'injection devient indolore. Le malade pendant l'injection doit éviter de faire des mouvements de déglutition pour ne pas bouger l'aiguille. L'anesthésie locale par le chloréthyle diminue la douleur de la piqure et celle provoquée par la première portion d'alcool injecté.

On obtient ordinairement un résultat immédiat brillant. L'anesthésie est complète et le malade peut avaler librement. L'anesthé-

sie dure le plus souvent 9 à 11 jours ; le minimum a été d'un jour, et le maximum plus d'un mois. Puis l'anesthésie disparaît progressivement en 1 ou 2 jours. On peut répéter les injections même après un court intervalle.

Il faut éviter de piquer l'artère laryngée supérieure qui passe auprès du nerf ; il est prudent d'enfoncer d'abord l'aiguille isolément et s'il n'y a pas d'écoulement de sang on adapte la seringue. L'extrémité de l'aiguille doit être un peu arrondie pour éviter la blessure du vaisseau. On ne doit pas enfoncer l'aiguille à plus d'un centimètre $\frac{1}{2}$ pour éviter de perforer la membrane hyo-thyroïdienne et injecter de l'alcool dans la muqueuse du sinus piriforme, ce qui provoquerait de l'œdème laryngé. M. DE KERVILY (de Paris).

Dédoublement de la corde vocale inférieure droite, par ALEZAIS (*Le larynx*, n° 4, 1912).

L'auteur publie l'observation d'un cas assez rare de dédoublement de la corde vocale, puisque c'est le deuxième qu'il rencontre sur 800 autopsies.

Le malade après un passé pathologique des plus chargé finit par mourir de tuberculose pulmonaire. Larynx : ulcérations nombreuses disséminées sur l'épiglotte et le repli épiglottique, mais ce qui frappe le plus c'est la présence sur la corde inférieure droite d'une fente parallèle au ventricule du larynx, simulant deux ventricules superposés.

Le dédoublement comme les faces de la corde vocale inférieure est tapissé par une couche blanche régulière que l'on suit dans le ventricule et sur la corde vocale supérieure ; l'extrémité antérieure du dédoublement n'arrive pas jusqu'à l'insertion antérieure de la corde. Le dédoublement a 2 mm. de profondeur, sa lèvre supérieure est un peu convexe.

A l'examen histologique, pas d'épithélium dans la dépression accessoire, qui est régulière. Le dédoublement s'enfonce dans le tissu fibro-élastique formant une étoile à trois branches entourée de faisceaux musculaires. L'examen histologique permet d'affirmer qu'on ne trouva aucun processus destructif, ni aucune trace de lésions tuberculeuses ; il y a seulement de l'infiltration embryonnaire. Il s'agit donc d'une conformation particulière dont il est regrettable de ne pas avoir connu l'effet sur le fonctionnement de l'organe.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

Relations du nez avec la pathologie du larynx et des voies aériennes, par BARTH, de Leipzig (*Medizinische Klinik*, n° 14, 1912).

Barth passe en revue le rôle physiologique du nez comme organe préparateur de l'air destiné à être respiré et l'importance de l'insuffisance nasale au point de vue pathologique en particulier des bronchites fréquentes. La gêne de la respiration nasale se manifeste aussi sur la muqueuse du larynx ; elle se dessèche et les particules de poussière demeurent adhérentes sur les cordes ; d'où enrouements récidivants. Les relations de l'asthme bronchique et du nez ont été

exagérées mais elles n'en existent pas moins. Enfin l'auteur étudie l'importance de la respiration nasale sur la forme du thorax et sur les déviations de la colonne vertébrale. MENIER (de Decazeville).

Sur la statistique de la laryngostomie, par le privat-docent

A. IVANOFF (de Moscou) (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 10).

Au III^e congrès de Berlin en août 1911, Sargnon a communiqué une statistique sur la laryngostomie comprenant tous les pays, sauf la Russie. Sargnon a rassemblé 94 cas jusqu'à 1910. Ivanoff possède 15 observations personnelles concernant des adultes de 18 à 41 ans qui avaient été auparavant tractéotomisés ou dilatés. Dans 12 cas, il y avait un rétrécissement du larynx et de la trachée provoqué par une affection du squelette cartilagineux, inflammation du périchondrè et du cartilage avec nécrose de régions souvent assez étendues. Ces cas où le conduit aérien avait perdu la substance dure de sa paroi, présentaient les plus grandes difficultés pour rétablir un calibre normal dans la lumière du canal aérien ; ces difficultés étaient beaucoup plus grandes que dans les cas de sténoses cicatricielles. C'est ce qui explique la longue durée de la période de dilatation qui s'est prolongée pendant 2 ans et 2 ans et demi.

Sur 15 cas, il y a eu 3 cas de mort, dont les causes n'avaient aucun rapport avec l'opération. Parmi les 12 autres malades, la fente a été suturée, c'est-à-dire que la respiration normale a été rétablie dans 8 cas, soit 66 %. Dans 2 cas, la fente n'est pas encore fermée. La dilatation est encore continuée dans 2 autres cas.

La statistique de l'auteur ne comprend pas d'enfants. L'opération aurait pu être pratiquée chez plusieurs d'entre eux, mais l'auteur n'a pas voulu l'entreprendre en raison des difficultés qu'il a rencontrées dans ses premiers cas chez les adultes.

M. DE KERVILY (de Paris).

Modifications aux pansements de la laryngostomie, par MOLINIÉ, de Marseille.

L'auteur soumet à l'appréciation de ses confrères quelques modifications qu'il a apportées à la technique post-opératoire de la laryngostomie. Pour maintenir la béance de l'ouverture laryngée qui a une grande tendance à se refermer, l'auteur supprime la bande de gaze qui risque à chaque instant d'être déplacée ou même expulsée et entoure transversalement la partie du drain dilateur correspondant à l'ouverture, d'une bande de caoutchouc mince et résistant, large comme la hauteur de la stomie et dont les extrémités sortent à travers les lèvres de l'incision. Il suffit, après avoir passé ce tube dans la canule, de rabattre les deux extrémités de la bande de chaque côté des lèvres de la stomie pour que les lèvres de la plaie soient constamment séparées l'une de l'autre. Le drain est solidement fixé à la canule et les pansements quotidiens sont, par leur facilité d'exécution, mis à la portée d'une personne de l'entourage du malade.

A la deuxième période de la laryngostomie, la suppression de la canule doit s'allier à la continuation de la dilatation et au maintien

de la stomie. Au drain dilatateur de caoutchouc ou au tube de Killian, l'auteur substitue un drain de hauteur appropriée à la stomie et enveloppé d'une bande de caoutchouc mince analogue à la précédente : sur la partie antérieure de ce drain on découpe une petite languette que le patient pourra déplacer lui-même et qui constituera en cas d'asphyxie une valve de secours.

La canule peut être supprimée sans crainte et la dilatation se continue régulière sans qu'on ait à redouter aucun rétrécissement de la stomie ou le danger d'asphyxie par obstruction du tube.

Mais il arrive parfois que le bol alimentaire pénètre partiellement dans le drain. Pour porter remède à cet obstacle, l'auteur a recours à différents procédés. Il essaye d'abord de nourrir le malade à la sonde ou d'enlever le drain pendant la durée des repas; ou bien il oblitère le drain soit par un bouchon de caoutchouc, soit par un dispositif spécial qui oblitère la partie supérieure en faisant simultanément ouvrir la valve de secours lorsque le malade tire sur le fil qu'il a constamment sous la main et disposé de telle façon qu'en ouvrant la valve il obture l'orifice pharyngien du tube au moment de la déglutition. Grâce à ces multiples combinaisons de dispositif, déglutition, respiration et phonation s'exécutent assez facilement pour rendre la vie sociable au malheureux laryngostomisé.

Enfin, vient la période terminale, il s'agit de laisser fermer la plaie. Pour cela, l'auteur a imaginé une sorte de gouttière en caoutchouc, dépassant en hauteur les dimensions de la stomie; une bande de caoutchouc est fixée dessus de façon à ce que les deux chefs viennent se réunir sur le milieu de la face convexe. L'appareil est ainsi placé dans le larynx à la façon d'un bouton de manchette; la respiration est assurée et le maintien de l'ouverture artificielle est obtenu sans aucune gêne pour le malade que l'on pourra surveiller jusqu'au moment où toute crainte de récurrence sera définitivement écartée.

L'auteur conclut que « dégagée de tout risque et allégée de ses entraves à la vie normale, la laryngostomie verrait s'étendre le champ de ses applications ». Elle pourrait être utilisée dans le traitement de la tuberculose laryngée et ferait rentrer cette terrible affection médicale dans le cadre des tuberculoses externes auxquelles on peut appliquer le traitement si actif par les agents physiques caustiques : lumière et héliothérapie. L'avenir de cette méthode serait dans une très grande mesure lié à la facilité de son application.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

Paralysie du récurrent, causée par sténose de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par B. FREYSTADTL et J. STRANZ (*Monatsschr. f. Ohrenh. u. Laryngo-Rhinologie*. Festschr. f. Prof. Onodi, p. 557, 1912).

Il n'y a que peu de temps que nous savons que la paralysie du nerf récurrent gauche peut être causée par la sténose de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Ortnier en publia en 1897 les deux premiers cas. Le mécanisme de production de cette paralysie n'est pas encore suffisamment éclairci. F. et S. rapportent un cas dans lequel

l'oreillette gauche très dilatée comprimait directement le nerf récurrent contre l'aorte, de telle sorte que les fibres en étaient dégénérées, les muscles correspondant atrophiés. Dans la plupart des cas du même genre que l'on trouve dans la littérature, la cause de la paralysie était aussi la compression du nerf par l'oreillette dilatée, soit directe, soit indirecte par l'artère pulmonaire; dans d'autres cas, par suite de la modification de position du cœur, le ligament de Botal étranglait le nerf.

E. HÉDON (de Montpellier).

Revue des méthodes anciennes et contemporaines pour le traitement de la tuberculose laryngée, par S. BOURACK, de Charkoff (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, nos 5 et 6, 1910).

En se basant sur les observations de sa pratique personnelle et sur les statistiques qu'il a rassemblées dans la littérature l'auteur étudie les résultats que l'on a obtenus par les différentes formes de traitement : cautérisations, curetage, trachéotomie, ablation du larynx, photothérapie, injections sous-muqueuses, etc. Le traitement chirurgical donne souvent de bons résultats, et il est nécessaire d'adresser les malades au spécialiste dès que le diagnostic de tuberculose laryngée peut être posé.

M. DE KERVILY (de Paris).

Magnésie calcinée et papillomes multiples du larynx, par DORRU (in *Ann. mal. or.*, n° 6, 1912).

C'est la relation de deux cas favorablement influencés par le traitement à la magnésie calcinée de Claoué combiné au bicarbonate de soude suivant l'addition du prof. Schiffers. La croissance du papillome fut frappée d'arrêt et la récidive ne se fit pas comme auparavant à la suite d'une ablation complète grâce à la *spatule laryngoscopique*.

Il est à remarquer qu'il n'y eut pas de rapport entre la dose du médicament et son degré d'action.

FAIVRE (de Luchon).

Magnésie calcinée et papillome du larynx, par LETO, de Palerme (*Pratica oto-rino-laryngointrica*, 31 juillet 1912).

L'auteur relate l'observation d'une femme de 19 ans présentant au tiers antérieur des cordes des papillomes de la région sous-glottique qui augmentèrent assez rapidement de nombre et de volume. Ablation endolaryngée. Récidive au bout de deux mois. Pendant 5 mois, Leto a donné à sa malade 4 et 6 gr. de magnésie calcinée, d'abord, puis 8 gr. par jour. Dès le 3^e mois les papillomes ont diminué et finirent par disparaître. Depuis mars, la malade a cessé l'usage de la magnésie; il n'y a pas eu de récidive. Il serait heureux, dit Leto, qu'on pût fixer les indications précises du traitement; il en attribue les résultats à l'alcalinité ou mieux aux principes actifs du magnésium.

MENIER (de Decazeville).

Fraiture compliquée du larynx, par N. MARCOFF (*Vratchebnaïa Gazeta*, 1911, n° 24).

Il s'agit d'un cas rare et l'auteur n'en a pas observé de semblable parmi les cent mille malades qui sont venus consulter en 8 ans à l'hôpital de Kromsky. Il s'agit d'un paysan âgé de 30 ans qui avait

reçu un coup de pied de cheval. Le malade est mort par asphyxie malgré une trachéotomie faite tardivement. A l'autopsie on constata une fracture compliquée du cartilage thyroïde avec perforation de l'œsophage. Le malade avait eu de violents accès de toux chaque fois qu'il avalait des aliments. M. DE KERVILY (de Paris).

Cas curieux de corps étranger du larynx, par ROZENDAAL (*Nederland. tijdschr. voor Geneeskunde*, t. I, n° 16, 1912).

Un homme, regardant forger, sentit une douleur brusque au larynx, puis envie de tousser avec crachats sanglants. Extérieurement, il n'avait qu'une petite plaie du larynx. Après cocaïnisation on enleva un fragment de fer de 1/2 cm. situé sous la glotte.

MENIER (de Figeac).

IV. — PHARYNX

Sur les résultats à distance de l'adénotomie, par M.

DODINE (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 10).

L'auteur a observé une jeune fille de 17 ans chez qui les règles n'apparurent pour la première fois que 3 jours après l'adénotomie. En rapprochant cette observation de plusieurs cas publiés par Falta, par Baumgarten et par Fallas, l'auteur pense qu'il existe un certain rapport entre le naso-pharynx et les organes génitaux et que le retard dans l'établissement de la menstruation serait dû, chez sa malade, à un réflexe adénoïdien. M. DE KERVILY (de Paris).

Traitement complet de l'amygdalite, par GRIFFITH, de New-York (*New York med. Journ.*, 7 sept. 1912).

Voici le mode de traitement adopté par l'auteur : donner du calomel (0,008 ou 0,016) jusqu'à effet ou jusqu'à 0 gr. 130 ; puis bain de pied sinapisé. Régime liquide. Sulfate de quinine (0 gr. 130) avec poudre de Dower (0,33 à 0,66). Traitement local avec l'eau phéniquée (0 cc. 03 ou 0,10 d'acide phénique pur pour un quart de verre d'eau). Déterger les amygdales avec la solution de tanin dans la glycérine (1 p. 4) ou de perchlorure de fer dans le même excipient (1 p. 5). Glace, pastilles au gaïac, camphre, menthol, cocaïne. Ultérieurement, après guérison : donner une médication tonique : hypophosphites.

MENIER (de Decazeville).

Sur les rapports réciproques entre le catarrhe du pharynx et les végétations adénoïdes, par J. KAPYLLOFF (de Sébastopol) (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, nos 7-8).

L'auteur observe que la pharyngite catarrhale atrophique ou sèche commence à apparaître chez les malades vers 20 ou 25 ans et plus tard, c'est-à-dire lorsque le tissu adénoïde entre en régression, et ce serait justement ce processus de régression du tissu adénoïde qui est la cause de l'adultération de la muqueuse du pharynx et du naso-pharynx. En effet, si la production de la pharyngite était due au mucus purulent qui sort de l'amygdale, on observerait l'affection de

la muqueuse avant l'âge de 20 ans, lorsque l'amygdale jouit d'une grande activité. L'auteur conclut que la pharyngite atrophique est due à des troubles dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et dans les plexus nerveux qui sont en rapport avec le tissu adénoïde et la muqueuse pharyngienne. Au point de vue de la prophylaxie, l'auteur conseille l'ablation des végétations adénoïdes chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication à cette opération.

M. DE KERVILY (de Paris).

Hémoptysies et hémorragies rhino-pharyngées, par POPPI (*Archivio ital. otol.*, fasc. 4, 1912).

Un instituteur de 40 ans avait depuis quelque temps des crachats sanguinolents qui, depuis un an, avaient pris le caractère de vraies hémorragies. A l'examen objectif, Poppi constata, outre différents signes d'adénoïdisme antérieur, un catarrhe chronique du pharynx, des veines dilatées répandues sur la paroi postérieure et des reliquats de tissu adénoïdien.

Après curettage du cavum, les hémorragies cessèrent et cette guérison dure encore depuis un an. U CALAMIDA (de Milan).

Amygdales et tuberculose, par WOOD (*Pensylvania medical journal*, juin 1912).

L'auteur fournit une bibliographie étendue sur le rôle des amygdales dans la tuberculose et résume les recherches sur la question. L'amygdalite tuberculeuse a deux formes : latente et manifeste ; la première n'est pas très fréquente mais la seconde est plus fréquente qu'on ne croit ; l'atteinte tuberculeuse secondaire de l'amygdale dans la tuberculose des poumons se rencontre pratiquement dans tous les cas aux stades avancés ; la maladie peut gagner du terrain depuis une amygdale atteinte par la voie des lymphatiques en produisant une adénite cervicale. Wood décrit un ganglion petit et peu fréquent situé dans l'encoche formée par la jonction de la veine sous-clavière et de la jugulaire interne ; ce ganglion est très voisin de la plèvre au-dessus du sommet du poumon et c'est grâce à son atteinte par la tuberculose que l'amygdalite tuberculeuse donne naissance à l'atteinte pulmonaire par extension dans les voies lymphatiques.

MENIER (de Decazeville).

L'iodosapol dans le traitement de la pharyngite chronique, par LANG (*Gasopis lekaruv ceskych*, 1912).

L'auteur relate 68 cas traités par ce remède. C'est une solution à 10 % d'une combinaison organique d'iode ; c'est un liquide huileux. Trois malades ne tolérèrent pas le remède : 20 cas cessèrent de se faire traiter. La guérison se produisit dans 43 cas et au plus tard dans un mois ; cependant les récidives ne paraissent pas être très rares.

IMHOFFER (de Prague).

Les affections du pharynx et du naso-pharynx chez les enfants, par J. TROITSKY, de Charcoff (*Prakticheshy Vratch*, 1911, nos 36, 37 et 38).

L'existence de l'anneau lymphatique de Waldeyer explique en partie pourquoi les affections du pharynx sont fréquentes chez les

enfants ; ils sont plus rares chez les nourrissons, chez qui cet anneau est encore peu développé. L'auteur, après cette entrée en matière, étudie au point de vue clinique, anatomique prophylactique et thérapeutique les différentes affections : angine et pharyngite aiguës, l'amygdalite hypertrophique, la pharyngite chronique folliculaire, etc.

M. DE KERVILY (de Paris).

Indications pour l'ablation des amygdales, par HAYS, de New-York (*New-York medical journal*, 13 juillet 1912).

La tonsille a dans le jeune âge une fonction déterminée ; on ne doit pas l'enlever avant quatre ans à moins d'indication particulière. Les petites amygdales enchatonnées associées à l'hypertrophie des ganglions cervicaux doivent être toujours enlevées totalement à moins qu'on ne trouve une autre cause de l'hypertrophie ganglionnaire. Se rappeler que la tuberculose a souvent une origine amygdalienne. Pour juger si une tonsille doit ou non être enlevée il faut considérer son volume par rapport à la gorge dans laquelle elle se trouve. Il faut enlever toute amygdale grande ou petite qui gêne la respiration. Il est bon de savoir que bien des états pathologiques locaux sont dus à des amygdales malades. Bien des cas de catarrhe de l'oreille moyenne pourraient être prévenus par l'ablation des amygdales. Il existe une relation nette entre les amygdales et de nombreuses maladies générales. Enfin, l'ablation inconsiderée des amygdales des enfants sans trouver de conditions pathologiques associée, cette ablation est pernicieuse ; il faudrait faire une sélection soigneuse des cas demandant un traitement opératoire. MENIER (de Decazeville).

Encore sur la constatation des cellules à granulations fuchsinophiles dans l'amygdale humaine, par LETO (*Archivio ital. di laring.*, juillet 1912).

Les cellules à granulations fuchsinophiles qu'on trouve dans les amygdales sont différentes de celles trouvées par Alagna et, par contre, identiques à celles décrites par Schridde dans le thymus. Leur provenance est obscure ; elles tirent probablement leur origine du tissu périvasculaire d'où elles sont lancées dans la circulation. Leur fonction est imprécise, cependant on peut leur attribuer une fonction sécrétoire. U. CALAMIDA (de Milan).

Prophylaxie de l'hémorragie tonsillaire, par STEWART (*Medical Record*, 10 août 1912).

L'auteur préconise la ligature de l'amygdale à la soie avant l'intervention ; on passe le fil à travers le pédicule de l'amygdale, on noue le fil et on en attire les extrémités hors de la bouche ou encore on peut les couper ; la ligature rappelle l'ancienne façon de ligaturer les hémorroïdes. Il est bon que l'aiguille ne soit pas à bords tranchants, mais bien arrondis. MENIER (de Decazeville).

La question de l'amygdalectomie, par AURELIUS RÉTHI, de Königsberg, brochure de 6 p. Berlin, 1912, avec 2 figures.

L'auteur fait l'amygdalectomie : 1° au cas d'inflammation chronique avec troubles objectifs et subjectives et retentissement local en général ; 2° dans le cas d'amygdalites aiguës fréquentes ; 3° au cas où

il y a souvent des abcès périamygdaliens ; 4° dans l'angine de Vincent rebelle et traînant en longueur ; 5° dans le chancre quand on trouve des spirochètes ; 6° dans les altérations tuberculeuses visibles ; 7° dans les tumeurs malignes.

L'auteur anesthésie l'amygdale par injections à la novocaïne à 1 0/0, et l'entoure d'un anneau d'infiltration. Puis, avec un bistouri, il libère le pôle supérieur, sans sectionner l'amygdale elle-même ; dégagement des piliers à l'instrument tranchant. Il a imaginé un élévateur double qui facilite l'énucléation et qui paraît très pratique.

MENIER (de Decazeville).

V. — BOUCHE

Hypertrophie totale congénitale du maxillaire inférieur et supérieur des deux côtés avec prédominance à droite, par A. BIOCCA, de Rome (*Rivista ospedaliera*, 1^{er} sept. 1912).

L'auteur relate un cas de ce genre chez une femme de 26 ans. Elle a été opérée il y a 2 ans, par ablation des apophyses alvéolaires de droite et application d'une prothèse donnant d'excellents résultats, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel. L'auteur étudie ensuite l'étiologie embryogénique de ces cas et les rapproche de ceux d'hémi-hypertrophie faciale assez souvent observés.

MENIER (de Decazeville).

Application locale de salvarsan dans la glossite superficielle chronique, par ALLPORT, de Londres (*British med. Journ.*, 17 août 1912).

Le sujet n'était passyphilitique et le mercure et les iodures aggravèrent l'état de la langue ; les ulcérations sous l'influence des applications locales de salvarsan en solution dans l'eau additionnée de glycérine amenèrent une amélioration rapide qui fut suivie de guérison ; il faut noter la rapidité avec laquelle ces ulcérations diminuèrent ; après deux applications (10 centigrammes chaque fois) les ulcérations avaient diminué des trois quarts.

MENIER (de Decazeville).

Extraction dentaire suivie d'ophtalmie métastatique, par JAMPOLSKY (*Wiener klin. Wochenschrift*, 29 août 1912).

L'auteur relate le cas d'une fillette de 11 ans qui après extraction dentaire fut prise de fièvre et de vomissements ; il n'y avait ni gonflement du maxillaire ni suppuration ; quelques jours après elle présenta une grave ophtalmie avec un hypopyon ; traitement par sudation, atropine et compresse chaude et humide ; il persista des synéchies et le fond de l'œil était peu visible. Se basant sur des cas analogues, l'auteur admet qu'il s'est agi dans ce cas d'une légère pyohémie avec embolie dans les vaisseaux de la choroïde ou de la rétine ; la pyohémie fut consécutive à l'extraction de la grosse molaire et son apparition se manifesta par la fièvre et le vomissement.

MENIER (de Decazeville).

VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ, APPAREIL VESTIBULAIRE.

De la limite auditive compatible avec l'exercice de la profession d'employé de chemin de fer, par BOVAL, de Charleroi (*Presse Otolaryng. belge* n° 4, avril 1912).

Ce travail complète celui présenté par l'auteur à la société belge d'otologie en 1911 ; grâce à l'obligeance de nombreux spécialistes étrangers, l'auteur a pu dresser un intéressant tableau des conditions requises, dans les différents pays de l'Europe, au point de vue acoustique pour l'admissibilité aux fonctions d'employés des chemins de fer, les conditions variant beaucoup d'un pays à l'autre, mais en général c'est l'examen à la voix chuchotée qui prédomine ; dans plusieurs pays un réexamen est prévu au bout de quelques années ; ce nouvel examen est surtout utile quand l'employé a été atteint d'une maladie grave ou d'un traumatisme crânien.

En Belgique, les conditions sont mal précisées.

L'auteur formule, en conclusion de son travail, les propositions suivantes :

1° Contrôle rigoureux de l'audition avant l'admission.

2° Réexamen tous les 5 ans, des agents qui coopèrent à la sécurité du service.

3° Réexamen supplémentaire : a) après chaque malaise ou traumatisme pouvant agir sur l'oreille ; b) après toute méprise attribuable à un défaut d'audition.

Pour l'admission : 1) examen somatique complet ; 2) examen fonctionnel à la voix chuchotée ; celle-ci doit être entendue à 6 mètres au moins par une oreille, à 5 mètres au moins par l'autre.

Condition d'ajournement : toutes les affections curables de l'oreille.

Conditions de rejet : 1) perforation persistante de la membrane du tympan ;

2) affections progressives de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne ;

3) rhinites, rhino-pharyngite ; et toutes les affections pouvant éteindre une surdité prématurée. C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Les constatations histologiques du labyrinthe membraneux et leur rapport avec les lésions artificielles, les lésions cadavériques ou les transformations agoniques, par le Prof. WITTMACH et LAUROWITSCH, d'Iéna (*Zeits. f. Ohr.*, LXV Bd., II. 2 et 3).

Dans cette longue et très précise étude histologique, l'auteur envisage toutes les causes d'erreur et toutes les difficultés techniques qui interviennent pour compliquer la question de l'appréciation d'origine des lésions de l'oreille interne, suivant qu'elle soit survenue pendant la vie, pendant l'agonie ou après la mort, une foule d'éléments interviennent, fautes de technique, bulles d'air, lésions des nerfs d'origine toxique, médicamenteuse, etc., qui rendent cette étude très difficile.

CANY (La Bourboule).

Les tumeurs de l'acoustique, par F. HENSCHEN (*Fortschr. der Röntgenstr.* 18, 3 et *Deutsche medizin. Zeitung*, n° 17, 1912).

L'auteur a étudié un cas qui montre que par la radiographie on peut constater les tumeurs de l'acoustique ; c'est le premier cas où on a pu faire la preuve des altérations de l'os. Les vraies tumeurs de l'acoustique provenant du plancher du conduit auditif interne, élargissent ce conduit pendant leur croissance et leur pénétration dans l'angle ponto-cérébelleux, de sorte que la preuve radiographique peut se faire. L'examen par les rayons X sera aussi utile au cas de soupçon de tumeur de l'angle pontique pour le diagnostic différentiel.

MENIER (de Decazeville).

Influence du Salvarsan sur les bruits auriculaires d'origine syphilitique, par L. KOGAN (de Sébastopol) (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 11).

L'auteur a observé plusieurs malades atteints de syphilis de l'oreille interne et traités pendant longtemps par l'iodure et le mercure sans amélioration ; l'ouïe devint meilleure et les bruits subjectifs disparurent après l'injection de salvarsan.

M. DE KERVILY (de Paris).

La prophylaxie de la surdité chez les enfants, par MACLEOD YEARSLEY, de Londres (*Brit. Journ. of Children's diseases*, sept. 1912).

L'auteur étudie les divers facteurs : les maladies infectieuses tiennent le premier rang, ensuite vient la méningite et enfin les maladies primitives de l'oreille. La prophylaxie doit consister dans une bonne inspection dentaire et dans la suppression des causes qui peuvent amener la surdité, en particulier les adénoïdes qui entraînent très souvent l'otite moyenne, catarrhale ou suppurée. Quant aux végétations elles-mêmes, l'alimentation naturelle, les exercices respiratoires constituent les meilleurs moyens de les prévenir.

MENIER (de Decazeville).

Les lésions de la VIII^e paire consécutives aux oreillons, par Oscar MAUTHNER (*Archiv für Ohrenheilk.*, vol. 87, p. 223, 15 mai 1912).

Les oreillons peuvent amener trois groupes de surdités suivant le trouble apporté dans la fonction auditive :

1° Surdité avec suppression durable de la fonction auditive (surdité complète ou surdité avec perte de l'excitation vestibulaire) ;

2° Surdité d'un degré élevé avec : a) suppression passagère de la fonction auditive ; b) troubles graves passagers de l'audition ;

3° Surdité d'un faible degré, reconnaissable seulement le plus souvent par l'échelle continue des sons, et les épreuves vestibulaires ordinaires.

Les signes cliniques de ces trois groupes se rapprochent beaucoup des lésions observées dans la névrite aiguë toxique ou infectieuse du nerf auditif.

L'auteur semble être le premier à avoir étudié en détail les surdités ourliennes du III^e groupe signalées plus haut ; il est très pro-

bable que beaucoup d'affections aiguës retentissent sur l'oreille de la même façon.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Recherches sur l'ouïe du chien par la méthode des réflexes conventionnels, par M. ELIASSON, de Saint-Pétersbourg (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1910, n° 7 et 8).

La méthode de Pavlof consiste à faire entendre un certain son chaque fois que l'on apporte de la nourriture au chien. Le chien excrète de la salive à la vue des aliments. Au bout d'un certain temps le son déterminé qu'il entend, s'associe, chez l'animal avec l'idée de sa présence d'aliments et il excrète de la salive lorsqu'il entend le son connu, même si l'on ne montre pas d'aliments. La salive est recueillie par une fistule et on mesure la quantité excrétée.

Cette méthode permet de constater que le chien différencie les sons séparés l'un de l'autre de $1/2$ ton. Les expériences avec la maladie montre que le chien distingue le ton sol_4 qui lui est habituel même lorsqu'il se présente au milieu d'autres tons dans une mélodie. Le chien distingue une mélodie exacte d'une mélodie fausse où l'on a supprimé tous les tons sol_4 et les tons plus élevés, en cassant es dents correspondantes dans un orgue de Barbarie.

M. DE KERVILY (de Paris).

État de l'ouïe dans la neurofibromatose centrale, par ENGELHARDT, d'Ulm (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 30, 1912).

Dans le cas en question, on diagnostiqua une tumeur de la fosse cérébrale postérieure au niveau de l'acoustique; pas de vertige; l'acuité auditive était très raccourcie des deux côtés pour les sons moyens (c_1 et c_2) tandis que c , c_3 et c_4 n'étaient pas entendus ni par transmission osseuse ni par transmission n aérienne; peut-être cela constitue-t-il un symptôme précoce.

MENIER (de Decazeville).

Examen fonctionnel du labyrinthe chez le vieillard, par H. PATENOSTRE (in *Ann. Mal. Or.*, n° 2, 1912).

Le type de l'audition normale est celle de l'homme de 20 ans. Le vieillard a l'audition diminuée mais physiologiquement. L'audition est tout simplement différente mais normale.

Ne pouvant comparer l'oreille malade d'un vieillard à celle d'un jeune homme sain, on est amené à chercher l'état fonctionnel normal du labyrinthe chez le vieillard.

On choisira des gens de 60 à 70 ans à labyrinthe sain exempt de tares antérieures, et n'ayant jamais eu aux oreilles de phénomènes douloureux ou de sclérose.

On prendra des gens que l'audition ne semble pas être susceptible de gêner dans la vie courante.

Chez les vieillards on trouve anatomiquement deux types :

Matoïdite éburnée $1/6$;

— raréfiée, cas général.

On examinera les deux fonctions du labyrinthe.

I. — **Labyrinthe antérieur.**

A. MESURE DE LA DISTANCE AUDITIVE. — *Epreuves vocales* : Compre-

nant d'abord la voix haute, phrases courtes, question entendue normalement entre 16 et 26 m. Le vieillard présente une faible diminution. La voix chuchotée entendue normalement à 20 m. est considérablement diminuée (10 et 11 m.). L'audition est presque toujours supérieure à gauche et chez la femme que chez l'homme (fatigues, alcool, tabac).

Epreuves de la montre. — Entendue normalement à 2 m. 30, diminution considérable chez le vieillard de la distance auditive.

Différents rapports : pour la voix chuchotée, de 8/20 entre l'homme et le vieillard. Pour la montre 4/5. Souvent elle n'est entendue qu'à 10 cm. malgré un Rinne + et rien au tympan.

B. CONDUCTION OSSEUSE. — *Epreuve de la montre* : Le type pneumatique et ébourné amènent de grandes variations.

Epreuve du diapason :

Air : diminution de 40/75.

Os : — variable suivant beaucoup d'éléments.

L'auteur conclut :

1° Affaiblissement de 3/5 (voix, montre, diapason);

2° Indépendance des deux labyrinthes;

3° Influence de l'état de la VIII^e paire et des transformations osseuses pour modifier l'acuité auditive.

II. — *Labyrinthe postérieur.*

Epreuve thermique. — Chez l'homme de 20 ans normal, l'injection froide à 25° au bout de 35" donne un nystagmus en position extrême du regard vers le côté opposé, d'une durée de 100". et de forme rotatoire. Le nystagmus subit des modifications suivant les mouvements de la tête, devient horizontal, frappe alternativement à droite ou à gauche, etc.

Au préalable, s'assurer si le conduit est libre, pas de nystagmus physiologique ou spontané en position extrême, pas de paralysie.

S'assurer que le nystagmus n'est pas facile à provoquer par de rapides mouvements de tête, qu'il n'y a pas de maladie du système nerveux central.

A. *Résultats de la recherche du nystagmus chez le vieillard.* —

1° Moment d'apparition: En moyenne 45" pour la femme et 50" pour l'homme. Tantôt l'un des deux labyrinthes réagit plus ou moins. Retard de 12" à 15" pour le nystagmus recherché en position extrême chez le jeune homme, ici, pas de différence; 2° durée du nystagmus, chez le jeune homme 100", chez le vieillard, diminution de moitié; 3° la forme et l'intensité sont égales.

En somme, différence moindre pour le labyrinthe postérieur que pour l'antérieur, due cependant aux modifications anatomiques osseuses et au milieu qui s'opposent à l'action calorifique sur les canaux semi-circulaires.

B. *Sensation vertigineuse.* — Apparaît toujours un certain nombre de secondes après le nystagmus, parfois même suivent les troubles de l'équilibre. Le retard semble être attribué à l'état des centres plutôt qu'à l'organe percepteur.

La sensation est en rapport avec l'intensité du nystagmus. Elle est retardée chez le vieillard.

On ne peut affirmer que le vertige est sous la dépendance du nystagmus, peut-être le phénomène primordial est-il le trouble de l'équilibre étant donné que le mal de mer est dû à un trouble de l'équilibre.

C. Troubles de l'équilibre. — Les troubles de l'équilibre augmentent à mesure qu'on diminue les points cinesthésiques et visuels. Le malade tombe du côté de l'oreille injectée. Si on tourne la tête de 90° en arrière, le sujet tombe en arrière, dans le plan du nystagmus (Bárány). Le nystagmus devient antéro-postérieur, la direction de la chute devient antéro-postérieure et dans la direction contraire du nystagmus qui frappe maintenant en avant.

On ne note aucune différence avec l'homme de 20 ans pour la forme et la direction dans les réactions. Lenteur et moindre réaction, tels sont les faits dominants des observations.

Comme rapports entre les deux labyrinthes il faut donc noter : diminution totale de la fonction par rapport à l'homme de 20 ans portant surtout sur le labyrinthe antérieur. FAIVRE (de Luchon).

Intoxication alcoolique et réaction vestibulaire, par ROTHEFELD (*Neurolog. Centralbl.*, n° 11, 1912).

Les intoxications alcooliques expérimentales graves font disparaître les mouvements post-rotatoires des yeux. Dans l'intoxication chronique, il n'y a plus de nystagmus spontané, le nystagmus artificiel est normal.

MENIER (de Decazeville).

Trois cas de neuro-labyrinthite chez des sujets atteints de syphilis récente ; action souvent très utile du salvarsan dans ces cas, par CITELLI (*Archivio ital. otologia*, 1912).

Quoiqu'il soit possible que dans certains cas particulièrement prédisposés le 606 puisse léser l'acoustique encore saine (surtout le rameau vestibulaire), cependant, dans la majorité des cas, ces neuro-labyrinthites sont de nature syphilitique.

Les lésions spécifiques du nerf acoustique, loin de représenter une contre-indication au 606 sont souvent huérées et très améliorées par ce produit, surtout si auparavant on les avait traitées peu utilement ou inutilement par le mercure ou l'iodure. Il sera bon, toutefois, de faire dans ces cas après le 606 des traitements mercuriels et iodurés.

Pour essayer la tolérance du malade au 606 on pourra pratiquer d'abord une injection légère (15 à 20 centigr.) du remède, puis, au bout de 10 à 15 jours, injecter le reste pour arriver à 60 centigr.

L'auteur croit ce système préférable à celui des injections toujours fractionnées. La pilocarpine, associée à l'iodure et au mercure, peut donner des résultats meilleurs que le mercure et l'iodure seuls.

U. CALAMIDA (de Milan).

Salvarsan et nerf acoustique, par N. WITT (*Hygiea*, juin 1912).

Conclusions : Avant tout traitement au 606, un examen sérieux des oreilles est indispensable. S'il montre que le malade a des otites

ou des catarrhes progressifs, de l'otosclérose et des affections du nerf acoustique, ou qu'il ait des tares héréditaires pour la dureté d'ouïe, il faut dans chaque cas peser exactement la question de savoir si nous devons remplacer un remède ancien bien connu par un remède nouveau et d'action incertaine. MENIER (de Decazeville).

L'ostéite chronique métaplastique de la capsule du labyrinthe, par le professeur Paul MANASSE (de Strasbourg).

L'otosclérose est une affection inflammatoire, à point de départ osseux. L'ostéite débute d'ordinaire au niveau du bord antéro-inférieur de la fenêtre ovale, l'os sain perd sa structure normale puis un nouveau tissu osseux apparaît. L'affection progresse, s'étend à toute la capsule, englobant au passage l'étrier, la fenêtre ovale. Rarement le début s'effectue en d'autres points tels que fenêtre ronde, conduit auditif interne. L'étendue des lésions est très variable. Cette affection n'a donc rien de commun avec une affection spécifique de l'articulation stapéδιο vestibulaire, l'étrier est simplement englobé par le tissu néoformé.

Du côté du labyrinthe membraneux on trouve une atrophie de l'organe de Corti, des lésions des filets nerveux, du ganglion spiral et du tronc même de la VIII^e paire, mais en réalité on retrouve ces mêmes lésions au cours de toute surdité chronique élevée. Il est cependant très possible que dans certains cas d'otosclérose très limités, le labyrinthe membraneux reste indemne.

La partie captivante du travail réside dans l'interprétation des variétés de la néoformation osseuse suivant l'ancienneté et l'intensité des lésions. C'est surtout en effet une excellente et longue étude microscopique que nous donne le professeur de Strasbourg. Il y étudie les différents stades de la maladie avec un grand luxe de détails, et nous croyons que sous ce rapport peu de choses resteront maintenant à écrire.

R.-J. POUGET (d'Angoulême).

Surdité syphilitique congénitale traitée par le 606, par Biggs (*British med. journ.*, 17 août 1912).

Une jeune femme de 22 ans atteinte de syphilis héréditaire devient soudainement sourde des deux côtés ; le 606 dont on fit trois injections de 60 centigrammes amena une amélioration qui fut suivie d'une rechute qu'on put combattre avec succès par le mercure et l'iode ; l'auteur en conclut que le 606 guérit seulement les manifestations de la syphilis, mais n'a pas d'action sur la diathèse vénérienne elle-même.

MENIER (de Decazeville).

606 Ehrlich-Hata et troubles labyrinthiques, par E. FÉLIX, de Bucarest (*La Presse médicale*, 3 août 1911).

L'auteur fait une sorte de revue générale de la question à propos de l'observation suivante : Homme de 30 ans à qui on a fait une injection intramusculaire de 50 centimètres cubes de salvarsan 6 semaines après l'infection. 15 jours après, surdité bilatérale, vertiges, bourdonnements. Tympan normaux et mobiles ; Weber non latéralisé, Rinne positif. Conduction osseuse raccourcie. Voix haute = 1 m. à droite ; 0^m 50 à gauche. Les yeux fermés le malade tombe

à gauche. Nystagmus à droite. Vestibule excitable à droite, inexcitable à gauche. L'oreille gauche entendait moins bien depuis quelques années. Le malade n'a pas été revu.

L'auteur en profite pour faire une bibliographie très complète des cas publiés. Il les divise en trois classes :

1° Cas de labyrinthites au cours de la syphilis récente (Alexander, Politzer, Delsaux, Habermann, Félix, Rozier, Stümpke, Stein, Werther, O. Beck, Frey, O. Meyer) ;

2° Cas de labyrinthites chez des syphilitiques avant le traitement par le salvarsan : ce traitement donne des résultats inégaux (améliorations ou indifférence) (cas de Urbantschitsch, O. Beck, Werther, H. Marcus, J. Braun, Jörgen Möller, Herzfeld) ;

3° Cas de labyrinthites survenues après l'emploi du salvarsan (Finger, Urbantschitsch, Kren, G. Alexander, O. Beck, Rille, Haike, Herzfeld, G. Treupel et A. Lévi, J. Seller).

Ehrlich prétend que ces derniers cas sont des neurorécidives dues à une trop faible quantité de médicament ; les nerfs craniens isolés, obligés de passer à travers des orifices osseux étroits, sont à l'abri du médicament, non de l'infection.

En faveur de cette thèse plaide la statistique de Bénario et les cas de H. Frey, B. Spiethoff, Werther, Geronne et Guthmann, Ehrmann, von Zeissl, Peritz.

Pourtant une série de labyrinthites après 606 trouvent leur explication par une réaction semblable à celle de Herxheimer (exacerbations passagères du côté des nerfs dues à des tuméfactions) : tels sont les cas de Finger, Urbantschitsch, O. Beck, Biehl.

Il s'agit de savoir si l'arséno-benzol est toxique ou pas. P. Rœthig a provoqué des troubles labyrinthiques par injection d'arsacétine ; Igersheimer a montré que dans l'atoxyl, c'est le radical phényl-arsenic qui est toxique ; or il ne se trouve pas dans le salvarsan.

Néanmoins Félix termine en disant que, pour plus de sûreté, il faut s'abstenir de faire du salvarsan chez les malades qui ont déjà subi quelque atteinte de l'appareil de réception avant l'infection syphilitique, et même chez ceux dont le métier prédispose aux lésions acoustiques (chaudronniers, etc.), et chez ceux qui ont déjà suivi un traitement arsenical prolongé. B. DE GORSSE (de Luchon).

Surdité absolue hystérique (fonctionnelle) bilatérale, par

K. D LGER, de Francfort-s.-Mein (*Deutsch. med. Woch.*, né 36, 1912).

Anesthésie totale de l'acoustique avec hypo esthésie du nerf vestibulaire. Retour soudain de l'audition normale après une crise nerveuse accompagnée de trouble de la conscience et d'immobilité pupillaire transitoire.

MENIER (de Decazeville).

L'examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire, par

L. LAUTMANN (in *Ann. Mal. Or.*, né 1, 1912).

C'est une revue générale de quelques travaux récents amorcés par la recherche du nystagmus ; à l'instigation de Barany ce moyen d'examen de la fonction des canaux semi-circulaires, est aujourd'hui devenu classique. Aussi M. Lombard à l'issue de la dernière

réunion de Francfort où la question était à l'ordre du jour, pria-t-il l'auteur de résumer pour les lecteurs des *Annales*, les plus importantes des communications et discussions soulevées à cet effet.

Tour à tour sont revus : l'anatomie et la physiologie des canaux semi-circulaires, étude nécessaire à l'otologiste ; le nystagmus gyrotoire (Ruttin), le nystagmus calorique (Barany) avec le procédé de Brünings, le nystagmus galvanique (Babinski), les mouvements réactionnels qui font reconnaître les lésions du vermis ou centre pour la tonicité du tronc (Nothnagel).

L'index bibliographique terminal prouve comment le nystagmus, au début simple expérience physiologique, ensuite moyen de reconnaître l'intégrité du labyrinthe, est en passe de devenir pour le neurologiste autant que pour l'otologiste, un phénomène indispensable à rechercher en pathologie, jusque et y compris les cas où l'on se trouve en présence d'une affection du cervelet à son début.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

L'otosclérose dans ses rapports avec la tuberculose, par G. GRADENIGO (*Archivio ital. di Otologia*, fasc. 4, 1912).

L'otosclérose ne représente pas une infection tuberculeuse réelle avec bacilles et caséification, mais une tuberculose très atténuée, présentant seulement des caractères inflammatoires et qui d'ordinaire ne se constate pas même par la réaction à la tuberculine ; elle se traduit cliniquement par une fragilité particulière des tissus, par un manque de résistance de l'organisme ou des divers organes à l'égard des diverses causes morbides. L'otosclérose doit, par suite, être regardée comme bien différente des otites catarrhales, mais ces deux affections sont étroitement liées entre elles et la dernière représente pour ainsi dire la préparation et la base nécessaire sur laquelle l'otosclérose pourra ultérieurement évoluer.

U. CALAMIDA (de Milan).

VII. — ORTHOPHONIE

Recherches expérimentales sur la phonation, par Bela FREYSTAETL (*Monats. f. Ohrenh.*, XLVI, 7 Heft, S. 903).

L'auteur a voulu rechercher le siège central du mouvement des cordes vocales chez le chien. A cet effet il a endormi au chloroforme 12 chiens, puis a trépané la région occipitale de ces animaux. A travers l'orifice ainsi produit il introduisit un bistouri jusqu'à la base du cerveau et sectionna les pédoncules cérébraux, le pont, et la moelle allongée à différentes hauteurs. Après l'opération, l'animal était tenu en observation et on considérait le mouvement des cordes vocales. L'animal mort, le cerveau durci dans le formol était examiné et on constatait les parties sectionnées au cours de l'opération.

L'auteur put ainsi constater qu'après la section complète des pédoncules cérébraux, du pont, et d'un côté de la partie supérieure de la moelle allongée, les mouvements des cordes étaient normaux. Après section complète de la moelle allongée dans toute sa longueur, les

mouvements étaient conservés, si les 2/3 inférieurs du plancher du IV^e ventriculé restaient intacts. R.-J. POUGET (d'Angoulême).

La phonasthénie et son traitement par des procédés mécaniques et par la gymnastique vocale, par M. ERBSCHTEIN, de Saint-Petersbourg (*Journ. mens. russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, 1912, n^{os} 7, 8 et 9 avec 3 fig.).

L'auteur étudie ces affections de la voix où les troubles peuvent être entendus sans qu'il y ait aucune lésion visible dans l'appareil vocal. Les modifications que l'on peut voir dans les cas de phonasthénie prolongée ne sont produites que secondairement. L'auteur étudie d'abord l'étiologie, le diagnostic et le pronostic et expose avec beaucoup de détails surtout le traitement. Il présente à l'appui 29 observations qu'il divise en deux groupes : la phonasthénie de la voix chantée et la phonasthénie de la voix parlée. Ces groupes sont divisés en formes aiguës et formes chroniques.

Il conclut que la phonasthénie est une affection professionnelle de la voix, très répandue et présentant une étiologie, des symptômes et un traitement très précis. Tous les laryngologues qui possèdent certaines notions musicales peuvent entreprendre le traitement par les procédés mécaniques et la gymnastique vocale dont les méthodes peuvent être simplifiées.

Dans tous les cas de phonasthénie, le traitement doit commencer par la correction de la respiration et de l'articulation. Pour faciliter l'emploi simultané de l'électrisation laryngée et de la gymnastique vocale, surtout chez les chanteurs, il est indispensable de se servir de l'appareil sinusoïdal au lieu de l'appareil d'induction de Spamer. Pour la faradisation synchronique du larynx, au lieu de l'appareil très compliqué et d'un prix élevé proposé par Th. Flatau, on peut adapter l'appareil simple d'induction de Spamer. Il faut aussi traiter l'état général du malade si l'on veut obtenir une guérison prolongée.

M. DE KERVILY (de Paris).

Conséquences laryngées des erreurs de la mécanique respiratoire chez les professionnels de la voix, par BIAGGI (*Archivio italiano laring.*, fasc. 4, 1912).

Ce que l'auteur veut démontrer dans cet essai de phonétique, c'est que les effets d'une mauvaise respiration se font parfois sentir quelques années après que l'artiste a mal usé de son organe vocal, mais parfois, et plus souvent, même immédiatement dès qu'une nouvelle cause vient troubler davantage les mouvements d'une fonction si délicate.

U. CALAMIDA (de Milan).

VIII. — TRACHÉE, BRONCHES, OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE.

Interventions trachéales par trachéoscopie, avec une observation, par E. BOTELLA (*Revista clinica de Madrid*, novembre 1910).

Les tumeurs trachéales sont si rares que celles qui ont été publiées

ne dépassent pas le nombre de cent. L'auteur n'en a vu que deux sur plus de 2.000 malades.

Leur traitement, avant la découverte de la trachéoscopie directe, était très difficile; mais si Kahler et E. Mayer sont parvenus à en extirper chacun une avec la seule aide du miroir laryngé, il faut ajouter que le point d'implantation ne dépassait pas le 5^e anneau et que l'extirpation fut incomplète, car le dernier dut être réopéré par Elsberg à l'aide d'une trachéotomie prolongée jusqu'au sternum. Dans les cas de Zonder, Ferreri, Nager, Bircher, Besons et Cisneros le procédé employé fut la laryngo-fissure, opération grave qui, chez les trois derniers cas, coûta la vie aux malades.

En revanche, avec la trachéoscopie, soit par voie naturelle, soit par voie traumatique, la tumeur est atteinte facilement, l'extirpation est complète et l'opération n'a presque pas d'importance; les résultats sont surprenants comme le prouvent les cas de Brusch, Guisez, Kahler, Schrötter, W. Sauer, et ceux de l'auteur.

Observation : Homme de 52 ans, opéré par l'auteur, il y a deux ans, d'hémilaryngectomie pour un cancer. Le larynx qui remplissait ses fonctions de phonation était insuffisant pour les nécessités respiratoires, et, bien que guéri, le malade était obligé de porter une canule; malgré cela, un mois avant de consulter, il commença à sentir une gêne respiratoire si forte que dans les derniers jours elles ne lui permettaient pas de se reposer et elles produisaient des accès de suffocation. Botella supposant que l'extrémité de la canule avait formé quelque fongosité sur la paroi trachéale, lui plaça une canule plus longue: l'amélioration fut immédiate, mais passagère. Le lendemain, la gêne reparut et on procéda à un examen trachéoscopique avec un tube de 9 millimètres. Botella rencontra à environ 6 centimètres de la fistule trachéale une tumeur blanc grisâtre, dure, à base étroite, de la grosseur d'une amande, plantée sur la paroi antérieure, et qui oscillait sur sa base, obstruant à certains moments de telle façon la trachée qu'elle provoquait une crise d'asphyxie.

Intervention : Position de Rose et anesthésie locale à la cocaïne-adréraline; tube de 14 millimètres et attouchements de la tumeur avec la solution déjà dite non seulement pour entraîner l'anesthésie, mais aussi l'ischémie et éviter le grave danger de l'entrée du sang dans le poumon. Les pinces de Killian-Brünnings se cassent quand on essaie d'extirper la tumeur qui était très dure; on retire d'abord quelques morceaux, puis ensuite la tumeur entière avec la curette double de Schrötter; un petit tampon de coton imbibé d'adrénaline arrête la petite hémorragie. On ajoute à la canule un tube de caoutchouc qui fait office de pansement; le malade rentra chez lui, la plaie cicatrisée, au bout de trois jours; il retira de la canule le tube de caoutchouc qui provoquait de la toux et fut guéri.

Ce cas est le premier publié en Espagne de tumeur trachéale extirpée par trachéoscopie.

Botella appelle l'attention sur quelques détails importants de la technique comme, par exemple, la position, la prise solide de la

tumeur pour éviter sa chute dans la bronche, l'empêchement de l'hémorragie pour éviter que le sang ne pénètre dans le poumon. Il propose enfin comme pansement compressif une canule de Trendelenbourg, longue, à manche mobile à volonté pour pouvoir être placée à la hauteur convenable.

B. DE GORSSE (de Luchon).

La trachéotomie inférieure dans la diphthérie, par LEEDE, de Hambourg (*Münchener med. Wochenschrift*, n° 23, 1912).

L'auteur fait une incision transversale aussi petite que possible dans un pli cutané (1 à 2 centimètres au-dessus du creux sus-sternal), il décolle à l'instrument mousse le muscle et l'aponévrose jusqu'à la trachée et incise longitudinalement celle-ci au-dessous de l'isthme du corps thyroïde. Décanulement précoce (du 3^e au 4^e jour).

MENIER (de Decazeville).

Radiographie et bronchoscopie dans la recherche des corps étrangers, par Carl V. EICKEN, de Giessen. (*Zeits. f. Ohr.*, n° 11, LXV Bd, H. 2 et 3).

L'auteur rapporte une statistique de 723 observations de corps étrangers de toute nature des voies aériennes, pour lesquels 278 examens radioscopiques furent exécutés.

Dans les 2/3 des cas, le résultat fut positif; dans 1/3, il fut négatif (80 cas) ou douteux (17 cas).

Après des recherches expérimentales exécutées au moyen de ces mêmes corps étrangers placés sous diverses enveloppes, l'auteur conclut que l'on ne doit considérer comme indiscutables que les résultats nettement positifs; un résultat même négatif doit être contrôlé par la bronchoscopie.

En tous les cas, la bronchoscopie est indispensable pour diriger le sens de l'intervention.

CANY (La Bourboule).

Extirpation des cancers œsophagiens au niveau de la portion cervicale, par V. WINIWARTER (*Wien. klin. Woch.*, 1912, n° 14).

Quand l'état général est assez bon, sans métastases cliniquement évidentes, la tumeur peu volumineuse et mobile, on a le droit de faire la résection de l'œsophage. Avant tout, faire la gastrostomie qui permet de relever le malade en l'alimentant; l'auteur rejette l'œsophagostomie en aval de la tumeur; elle met la région dans des conditions septiques, et fait courir le danger d'ulcères de décubitus œsophagiens par la sonde (il a vu un cas avec arrosion mortelle de l'aorte). En enlevant l'œsophage, il faudra réséquer la trachée et les tissus voisins: trachée, ganglions cervicaux et sus-claviculaires.

MENIER (de Decazeville).

Tumeurs malignes des voies aériennes supérieures avec note sur deux cas d'épithéliome, par J. PRICE-BROWN, M. D., laryngologiste de Western Hospital, à Toronto, Canada (*In the journal of laryngol., rhinol. and otol.*, vol. XXVII, n° 11, novembre 1912).

L'auteur est un fervent adepte de l'intervention par les voies naturelles. Puisque Bosworth, Wood et Doyen lui-même opèrent le fi-

brome naso-pharyngé, par la voie pharyngée interne, pourquoi ne ferait-on pas de même des lésions sarcomateuses et épithéliales. Brown a recours de préférence, au cautère, à l'électrolyse ou à l'anse galvanique, ou à deux ou aux trois procédés successivement ou simultanément. Au début, il mettait plusieurs mois jusqu'à 4 et 6 jours pour venir à bout d'un polype naso-pharyngien, puis ses interventions devinrent plus actives, plus rapides, plus audacieuses et il s'attaqua même au cancer. Il passe en revue sa statistique de 10 cas et ses résultats ne semblent pas inférieurs à ceux obtenus par une chirurgie plus active, et il n'a pas à déplorer les accidents consécutifs immédiats de la voie externe. J. LABOURÉ (d'Amiens).

La toux réflexe. Pathogénie et traitement, par SIGISMUND MARX, de Frankfort-s.-le-Mein (*Zeits. f. Ohr.*, LXV Bd., H. 4).

L'auteur consacre une étude assez intéressante aux cas si fréquents, et [si rebelles, de ces accès spasmodiques de toux qui prennent certaines personnes dans les lieux les plus divers et en général au concert, au milieu des spectacles, accès dont Lasèque a pu dire qu'ils « restent inattaquables jusqu'à présent, presque sans exception, par les remèdes que nous empruntons à la matière médicale ».

L'auteur, à la suite de cas heureux soulagés promptement, croit pouvoir recommander comme radicale la discision des amygdales, discision profonde pour ouvrir largement les lacunes remplies d'exsudats. Ces lacunes seraient, d'après l'auteur, la cause unique et fréquente de ces accès de toux sans autre cause apparente.

CANY (La Bourboule).

Rupture de la trachée et perforation de l'œsophage dans les fractures du larynx, par KOERBL, de Vienne (*Wiener klin. Wochenschr.*, 22 août 1912).

Dans le premier cas de l'auteur la fracture du larynx était accompagnée de fracture de la trachée ; dans le second il existait en même temps une perforation de l'œsophage ; cette dernière ne fut constatée que lors des premières tentatives d'alimentation ; elle guérit sans aucun traitement local, sans doute grâce à ses faibles dimensions.

Il est vrai de dire qu'elle fut la cause d'une grave bronchite. L'auteur conclut que dans tout traumatisme du larynx suivi de dyspnée grave et d'emphysème cutané il est absolument nécessaire de trachéotomiser immédiatement, même dans le cas où on ne peut pas constater de fracture avec certitude.

MENIER (de Decazeville).

I. Nouvelle méthode d'implantation de la trachée à la peau dans la laryngectomie totale. II. La trachéotomie transversale totale supérieure, par Ricardo BOTET (*Archivos de rinologia*, etc., Barcelone, novembre-décembre 1911).

L'auteur a cherché un moyen d'éviter le resserrement de la bouche cutanéotrachéale. Pour cela, il incise deux anneaux de la trachée sur leur hauteur, suture à la peau en prenant les sterno-cléido-mastoïdiens ; la partie membraneuse est suturée le plus haut possible à la peau. Cela fait, à 12 millimètres de chaque côté de l'ouverture, l'auteur enlève deux lambeaux cutanés en forme de demi-lunes, qui,

en se cicatrisant, maintiennent l'ouverture largement ouverte. L'expérience montrera si le résultat est celui qu'en espère l'auteur (deux figures accompagnent l'article).

L'auteur décrit ensuite, sous le nom de trachéotomie transversale totale supérieure, une opération destinée aux cancéreux du larynx. Incision du cou au-dessous du bord cricoïdien, de trois centimètres ; on dénude le cricoïde ; on incise l'espace fibreux intercrico-trachéal ; on soulève le cricoïde avec un crochet mousse ; on place la canule ; suture au catgut des muscles infra-hyoïdiens.

Cette opération facilite l'extirpation totale du larynx, l'implantation de la trachée à la peau. L'ouverture tend à rester ouverte si le malade met sa tête en extension. Les canules seront ovalaires, de 12 à 14 millimètres sur 7 à 9. B. DE GORSSE (de Luchon).

Opération simple du diverticule œsophagien, par SCHMID (Wien. klin. Woch., 1912, n° 15).

Si le diverticule cause des troubles, ils sont le fait de sa direction de haut en bas ; les aliments dévient à travers l'orifice et stagnent dans la poche. L'auteur propose de guérir les diverticules en les changeant de direction : en tirant en haut l'extrémité de la poche et en la fixant à la paroi œsophagienne située au-dessus, le diverticule deviendrait infranchissable, ou du moins inaccessible au bol alimentaire. Cette méthode aurait sur la résection l'avantage de supprimer la gastrostomie, d'éviter les fistules et de permettre l'alimentation tout de suite après l'opération. MENIER (de Decazeville).

Un cas de goitre lingual, par S. GUINSBERG (*Journ. mens. russe des mal. des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, n° 11, avec 1 fig.).

Le bourgeon médian du corps thyroïde, d'après les notions embryologiques établies par His et par Streckeisen, se développe chez l'homme aux dépens de l'épithélium du plancher de la cavité buccale. On trouve quelquefois des restes du tractus thyroéoglosse entre le foramen cœcum et le lobe moyen du corps thyroïde. L'auteur a observé une femme de 32 ans chez qui un de ces restes s'est transformé en goitre. Pendant ses règles ce goitre se tuméfie et provoque une grande gêne dans la gorge. La tumeur, du volume d'une noisette, se trouve exactement sur la ligne médiane au niveau du foramen cœcum. Par la palpation on ne sent pas de corps thyroïde à sa place normale ; l'opération semble donc contre-indiquée ; l'auteur a cependant prescrit le traitement par la thyroïdine.

M. DE KERVILY (de Paris).

IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Des analgésiques locaux et de leur emploi en chirurgie oto-rhino-laryngologie, par LE MÉE (in *Ann. mal. or.*, n° 9, 1912).

Sont étudiées dans ce mémoire, les substances qui déterminent en un point donné une abolition de la sensibilité douloureuse laissant plus ou moins complètes les autres sensibilités, avec les détails pra-

tiques les plus utiles et leur mode d'emploi ainsi que les résultats cliniques obtenus.

Pour la *cocaïne*, l'action toxique est suivie immédiatement de l'action analgésique avec préparation de solutions en doses maniables pour les fosses nasales et le pharynx et le larynx et l'oreille et l'endoscopie trachéo-broncho-œsophagienne.

La *stovaïne* peut être stérilisée très facilement et a des propriétés antiseptiques remarquables; elle est *deux fois* moins toxique que la cocaïne sur le système nerveux et sur les appareils circulatoires ou respiratoires.

Le *stovo-cocaïne* a un pouvoir analgésique de beaucoup supérieur à celui de la *stovaïne* pure et plus durable.

L'*alypine* est facilement stérilisée par l'ébullition en dix minutes: la question de son association à l'adrénaline est encore très discutée.

Les *eucaines* A et B, bases très voisines de la cocaïne, peuvent se stériliser aisément et donnent une analgésie parfaite presque immédiate en rhinologie par injection sous-muqueuse, tandis que les applications locales sur le larynx échouent complètement.

La *tropa-cocaïne* qui n'est ni vaso-constrictive ni vaso-dilatatrice ne doit jamais être employée sur le larynx sous peine de spasme intense.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

Rôle de l'antitoxine et du tubage dans la diphtérie, par BEDFORD, de Brooklyn (*American medicine*, mai 1912).

L'auteur expose les diverses indications dans le but de convaincre les médecins américains qui ont encore peur du sérum.

MENIER (de Decazeville).

Le radium dans les maladies du nez et de la gorge, par T. G. OUSTOU, F. R. C. S. (Eng. chirurgien de l'Hôpital de Newcastle-ou-Tyne).

Comme tous les nouveaux traitements, le radium a eu ses adeptes et ses ennemis.

Il n'y a guère que 7 ans qu'il est employé en thérapeutique, son prix élevé et les quelques qualités qu'il a de commun avec les rayons X ont retardé sa vogue; tous deux s'emploient avec succès dans le lupus et le cancer; le radium donne de meilleurs résultats dans ceux du nez, du larynx et de l'épiglotte, tandis que les rayons X agissent mieux sur une surface plus étendue telle que la peau. Le radium atténue la douleur dans les formes ulcéreuses.

L'auteur parle d'un appareil de son invention pour les applications de radium ressemblant à un petit miroir laryngé et qui ayant un manche articulé rend son emploi particulièrement facile pour les applications dans les cavités étroites.

Les effets du radium ne sont visibles que 2 ou 3 mois après la première application; il faut toujours en faire plusieurs de 1/2 heure chaque fois avec une force de 500.000; si la dose n'est pas assez forte le malade est seulement amélioré.

N'employant le radium que depuis peu de temps, l'auteur ne peut

encore se rendre compte si les résultats obtenus sont définitifs, il nous parle pourtant d'un cas de papillome de la paupière qui disparut complètement après 3 applications de radium, sans laisser aucune trace.

J. LABOURÉ (d'Amiens).

Sur l'emploi de l'adrénaline dans la pratique oto-rhino-laryngologique et sur les propriétés physiologiques de ce produit, par S. BOURACK, de Charkoff (*Koussky Vratch*, 1910, n° 29).

L'auteur a fait un grand nombre d'expériences sur des animaux et a traité un grand nombre d'affections par l'adrénaline sous forme d'instillations de gouttes, de badigeonnages ou en pommade ou en injection. Dans 18 cas de rhinite aiguë il y a eu une amélioration temporaire dans 80 % des cas ; dans 8 % guérison rapide ; dans les autres cas il n'y a pas eu d'action favorable. Rhinite vaso-motrice 30 cas ; amélioration temporaire dans 22 cas, action mauvaise dans les autres cas. Bon résultat dans les épistaxis faibles. Rhinite chronique 230 cas, résultats négatifs dans 95 %. L'adrénaline est un bon adjuvant de la cocaïne pour les opérations du nez. Il est aussi très utile pour l'extraction des corps étrangers du nez. Aucun résultat dans le lupus du nez, le sarcome, l'ulcération gommeuse, le rhinosclérose, les amygdalites chroniques, les pharyngites chroniques, les végétations adénoïdes, dans les granulations de la membrane du tympan, les bruits auriculaires, les otites. Bon résultat dans l'œdème aiguë du larynx.

M. DE KERVILY (de Paris).

La méthode de Pfannenstill, ses modifications, sa technique et ses résultats, par OVE STRANDBERG (*Bibliothek för Läger*, n° 3, 1912).

L'auteur donne une revue d'ensemble de la méthode ; comme les principaux travaux sur la question ont déjà été analysés, nous parlerons de quelques détails non indiqués antérieurement. Parfois, on voit durant le traitement que l'ulcération se couvre de bourgeons frais, mais pas d'épiderme ; la cause est sans doute, l'irritation constante de l'iode éliminé, car quand le Na I est suspendu, les ulcérations guérissent vite. Dans la majorité des cas, on se contente de 3 gr. de Na I par jour ; la quantité n'est pas du tout indifférente, car avec les fortes doses, 6 à 8 gr., la formation d'ulcérations augmente, et le tissu sain est attaqué aussi ; on peut utiliser ce fait dans les cas où on veut faire disparaître par ulcération une infiltration volumineuse. L'auteur a traité maintenant plus de 200 cas de lupus de la muqueuse nasale. La durée moyenne du traitement fut de 3 mois.

La méthode d'inhalation avec l'eau oxygénée s'exécute de la meilleure façon en donnant au malade 3 à 5 gr. de Na I à jeun et 1 heure plus tard lui faisant inhaler 2 à 300 cm³ d'H²O² (20/0 avec l'acide acétique 10/0) en une séance avec le spray à vapeur. Il faut se souvenir que les pièces métalliques sont très vite détruites par l'H²O², c'est pourquoi il faut employer des tubes de verre, etc. Pour s'assurer de la pulvérisation réelle de l'H²O² on tient devant le spray un morceau de papier filtré plongé d'abord dans une solution de Na I, et ensuite,

après dessiccation, dans l'amidon ; en présence d'H₂O², il sera coloré en bleu.

JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague).

Traitement des angines par le jus de citron, par KELLER de Rheinfelden (*Schweizerische Rundschau f. Medizin*, 15 juin 1912).

L'auteur a été très satisfait du traitement des angines (catarrhale, lacunaire, croupale et gangreneuse) par le jus de citron : il fait gargariser avec le jus de citron dilué ou avec du chlorate de K (20/0) ou du lysoforme à 1/2 p. 1000 et il badigeonne systématiquement au jus de citron avec ensuite eau d'Ems à l'intérieur.

L'auteur rappelle que Lasègue dans son traité des angines préconisait aussi le jus de citron.

MENIER (de Decazeville).

Le chlorhydrate de quinine et d'urée comme anesthésique local dans l'amygdalectomie, par KAHN (*Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1912).

Après badigeonnage des amygdales avec une solution de cocaïne à 20 % on injecte la solution de chlorhydrate de quinine et d'urée à 1 % dans l'espace sus-tonsillaire, puis dans le pilier antérieur, dans le pilier postérieur et quelques gouttes dans l'amygdale elle-même. Il faut attendre un quart d'heure pour que l'anesthésie soit parfaite. Cette méthode permet de faire l'opération sans douleur et le danger d'hémorragie est réduit à un minimum.

MENIER (de Decazeville).

X. — VARIA

Nécessité de réviser la loi sur la milice en ce qui concerne les affections oto-rhino-laryngologiques, par L. Beco, de Liège (*Presse oto-laryngol. belge*, n° 2, février 1912).

L'auteur fait la critique de l'arrêté royal du 28 janvier 1893 dressant « les tableaux des infirmités et maladies donnant droit à l'exemption définitive ou temporaire, du service militaire » au point de vue otorhinologique, et signale certains points relatifs au degré de diminution de l'ouïe, à la désignation peu précise des lésions de l'oreille ou du nez, non compatibles avec le service militaire et propose à la société belge d'otologie de mettre cette question à l'ordre du jour de sa prochaine séance.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

Les maladies estivales de la gorge, des oreilles et du nez, par H. HAYS, de New-York (*Amer. medic.*, juillet 1912).

La pharyngite, en été, dépend de l'exposition aux courants d'air, de l'abus du tabac, des exercices violents, des boissons glacées, d'une anémie de la gorge. Le repos et une ou deux applications de nitrate d'argent à 1 % amènent la guérison. En été, comme en hiver, l'amygdalite a pour cause l'infection. La laryngite a la même étiologie que la pharyngite à laquelle elle succède.

La rhinite ou coryza est assez fréquente. L'auteur s'occupe de la fièvre des foin. Il passe ensuite en revue les accidents du côté de l'oreille dus à la pénétration de l'eau des bains dans le conduit avec gonflement de bouchons de cérumen. Les infections dérivant de la même cause peuvent devenir sérieuses et nécessiter une paracentèse du tympan.

MENIER (de Decazeville).

Sur l'hygiène des voies respiratoires, par F. HERING (de Varsovie) (*Journ. mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1911, nos 7, 8).

L'auteur étudie l'influence que produisent l'air chaud, l'air froid, la poussière, l'humidité, les bains froids et chauds, l'alcool et le tabac sur le nez, le pharynx, les bronches et les poumons à l'état normal et pathologique. C'est une revue générale et des conseils et non pas des recherches scientifiques précises. M. DE KERVILY (de Paris).

Étiologie et traitement de l'épilepsie, par TSIMINAKIS et ZOGRAFIDIS, d'Athènes (*Wien. klin. Woch.*, 3 octobre 1912).

Les auteurs relatent plusieurs cas d'épilepsie réflexe, traités par l'ablation des adénoïdes avec guérison. Les végétations entraîneraient un état névropathique sur lequel se greffe l'épilepsie réflexe, suivie plus tard d'épilepsie essentielle. Cela ne veut pas dire que les végétations entraînent toujours l'épilepsie et que celle-ci n'a que ce facteur pour cause. L'hypertrophie des amygdales palatines peut aussi être une cause épileptogène ; on agira contre elle aussi, sans négliger le traitement diététique et nerveux.

MENIER (de Decazeville).

VII. — NOUVELLES

Informations.

Société belge d'otologie, de rhinologie et de laryngologie. — La prochaine réunion de la Société aura lieu à Bruxelles, à l'Hôpital Saint-Jean, le 16 février prochain.

Les communications devront parvenir au secrétaire, rue de la Régence, 3 bis, Bruxelles, avant le 13 février 1912.

Nominations.

La chaire de professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie de l'Université d'Iéna vient d'être confiée au Dr Wilhem BRÜNNINGS.

Nécrologie.

DE CYON. — Au grand physiologiste russe qui vient de disparaître et qui à plusieurs reprises a bien voulu nous honorer de sa bienveillance notamment, quand nous analysions ici-même une de ses œuvres les plus abstraites, mais aussi des plus intéressantes nous adressons un hommage ému. De Cyon était en même temps qu'un savant de premier ordre, un philosophe profond et un homme charmant dans toute l'acception du mot, doué des qualités les plus hautes du cœur

et de l'esprit. Expérimentateur hors ligne, il a écrit sur la pratique des vivisections un ouvrage universellement connu dans les laboratoires. C'est lui qui, dans le laboratoire de l'illustre Ludwig, a découvert le nerf dépresseur du cœur qui porte son nom. En France, dans le laboratoire d'un maître génial, Claude Bernard, il entreprend sur les canaux semi-circulaires des recherches qui se prolongèrent un grand nombre d'années et qui devaient lui rapporter une abondante moisson de faits de la plus haute valeur. Il complétait de la façon la plus heureuse les notions acquises par les travaux de Flourens et mettait nettement en lumière, dès 1878, les rapports intimes qui existent entre les canaux semi-circulaires et la musculature de l'œil. Il a résumé ses idées dans un ouvrage sur les canaux semi-circulaires siège du sens mathématique de l'espace et du temps dont nous avons longuement parlé dans cette revue même et dont il existe actuellement une traduction française due à l'auteur lui-même. Nous n'ignorons pas que de Cyon ne soit pas toujours d'accord avec Ewald et que de profonds dissentiments existent entre son hypothèse et celle de Mach ; mais l'habileté technique de l'auteur et la conscience avec laquelle il exécutait ses expériences méritent qu'on examine son hypothèse avec une entière impartialité et la plus grande attention. En tout cas, la somme de ses découvertes est assez considérable pour illustrer à jamais sa mémoire. Professeur à l'université de Saint-Petersbourg, puis à l'école militaire de médecine de cette ville, élève de Ludwig, élève de Claude Bernard, écrivant bien en russe, sa langue maternelle, en allemand et en français et ayant fait paraître en ces diverses langues des ouvrages sur des sujets divers, de Cyon était par cela même, un savant international ayant puisé sa culture et ayant fait œuvre d'écrivain chez trois des plus grandes nations de l'Europe.

C. CHAUVEAU.

James Edward Newcomb. — Le célèbre laryngologiste new-yorkais James Edward Newcomb vient de mourir à 59 ans. Nous lui devons l'édition anglaise de l'Atlas de Grunwald. Il collabora avec Ingals et Burnett à la publication d'un traité des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge.

Successivement président de l'American Laryngological Society et laryngologiste consultant au Roosevelt Hospital il était dernièrement professeur de laryngologie au Cornill Medical College.

— Edward Woakes, chirurgien consultant du *London throat Hospital*, ancien auriste du *London Hospital*. Né en 1837 ; décédé le 30 septembre 1912.

Ancien lecteur de chirurgie otologique au *London Hospital Medical College*, Woakes a publié des travaux « *On deafness, giddiness and noises in the head* », sur le catarrhe rétro-nasal, sur les polypes du nez et leurs relations avec l'ethmoïde ; sur la nécrose ethmoïdale, le goitre kystique et la grenouillette et le vertige nasal. Avant Meyer, il avait soupçonné l'existence des adénoïdes.

L'Iodalose Galbrun ou iode physiologique, soluble, assimilable, est la première combinaison directe de l'iode avec la peptone. — Remplace toujours iode et iodures sans iodisme. — Vingt à cinquante gouttes par jour pour les adultes. — Littérature et échantillons : Laboratoire Galbrun, 18, rue Oberkampf, Paris.

Æthone ($C^7H^{16}O^3$), sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes de l'æthone qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

Le Peptonate de fer Robin est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

Pastilles Houdé à la cocaïne, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

Solution d'Adrénaline Miahle au 1/1000^e.

Chloroforme Dumouthiers. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.



Phosphatine Falières. — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 0,25 centigrammes.

TABLE ANALYTIQUE

OREILLE

- Abcès cérébelleux diagnostiqué : opéré et guéri*, Julien Curtillet et Henri Aboulker..... 145
- Abcès du cerveau otogène opérés, Brunel..... 932
- Abcès du lobe moyen du cervelet et du lobe temporo-sphénoïdal droit, Glegg..... 933
- Abcès temporaux profonds, Alfred Braun..... 266
- Affections otogènes et endocrâniennes, G. Bacon..... 931
- Anatomie et clinique de l'infection labyrinthique par perforation, Linck..... 928
- A propos de l'examen de 1050 crânes. Quelques points intéressants en rapport avec la chirurgie de l'oreille et du nez, W. S. Syme 264
- Blessure du sinus par coup de feu, Delveuille et Grenade.... 927
- Cas de labyrinthite chronique avec méningite séreuse, Zia Noury. 83
- Cas d'entothéliome du temporal, Frouing..... 603
- Cas de thrombo-phlébite du sinus transverse et de la veine jugulaire avec mastoïde silencieuse, Marbaix..... 77
- Cinq cas de fistule congénitale de l'oreille, M. Mangakis..... 52
- Cinq cas de thrombo-phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire, Samuelsson..... 267
- Condylomes acuminés du conduit auditif externe, Benjamins... 932
- Considérations sur les techniques de la labyrinthectomie, Falgar 602
- Contribution à la connaissance de la méningo-encéphalite otogène aiguë, G. Alexander..... 642
- Contribution à la pathogénie et à la clinique de la thrombose septique et otogène du sinus, L. Malher 313
- Contribution expérimentale à la ponction du cerveau, Desiderius Dörner..... 603
- Culture du sang en otologie, Hays 266
- Diagnostic précoce et résultats opératoires dans la phlébite sinusojugulaire, Lahaussois..... 599
- Dilatation stomacale aiguë après trépanation de la mastoïde, G. Petit..... 602
- Diphthérie de l'oreille moyenne, Benesi..... 926
- Déhiscence de l'apophyse au niveau du sinus, Gustav Brühl.... 268
- Exostoses du conduit auditif externe, M. Girmounsky.... 598
- Guérison spontanée d'une perforation interne de la mastoïde, dite de Bezold, au cours d'une otite moyenne, J.-V.-D. Hoeven Léonhard..... 468
- Hémiplégie faciale à la suite d'un traumatisme de l'oreille externe, Kogan..... 928
- Hémorragie par ulcération du sinus latéral due à une otite..... 266
- Herpès zoster auriculaire et para-auriculaire, Louis Closier, E. Molard..... 253
- Herpès zoster de l'oreille avec névrite du facial, du trijumeau et de l'acoustique, O. Muck..... 598
- Indication de la trépanation de l'oreille moyenne dans l'otorrhée chronique, Lagerlöf..... 926
- Lésions cérébrales dans la thrombose des sinus, Sigmund Heilbronn..... 930
- Ligature de la jugulaire dans la thrombose otogène, Krawtschensko..... 932
- Lymphangiome de l'oreille, Conrad Stein..... 600

- Maladies des oreilles chez les enfants, G. Alexander..... 597
- Maladies des oreilles pendant l'enfance, Alexander..... 241
- Mastoïdite double avec situation anormale de l'antre, E. Labarre
- Mastoïdite primitive, Bock... 602
- Méthode de Bier dans la mastoïdite aiguë et l'otite grave, Eschweiller,
- Monstruosités des oreilles avec absence des conduits auditifs externes, D. E. Gorokhoff... 263
- Nouveau tympan artificiel, F. v. Menz 932
- Nouvel appareil pour oreilles écartées, Koch..... 265
- Opération mastoïdienne double dans un cas d'infection streptococcique des deux oreilles compliquée de méningite, abcès sous-dural et d'infection du sinus latéral, Guérison, M. Ch. Robertson...* 809
- Otalgie angiosclérotique, K. Stein 266
- Otite des petits enfants, Eschweiller..... 601
- Otite externe ulcéro-membraneuse (Plaut-Vincent) suivie de stomatite, d'angine et de glossite ulcéromembraneuse, Gerlach... 263
- Otite moyenne aiguë due au pneumocoque de Friedlander, pronostic, traitement, J. Zangé... 599
- Otite moyenne avec perforation dans la scarlatine, G. Holmgren 265
- Otite moyenne suppurée chronique et cholestéatome, Manasse. 600
- Opération mastoïdienne conservatrice, Hath, Leslie..... 929
- Opération radicale de la mastoïde à fin acoustique, Rueda..... 600
- Oreille et diabète, Brühl..... 597
- Ostéite chronique métaplastique du labyrinthe humain, P. Manassé 224
- Pachyméningite interne purulente d'origine olitique, Rimini... 268
- Pathogénie de l'apophyse malaire en rapport avec les infections pyogènes de l'oreille moyenne, Chierici..... 598
- Perforation du tympan après irrigation, Dryburgh-Smith..... 933
- Phlébite otogène des sinus, G. Alexander..... 931
- Pince mastoïdienne, Gay French
- Ponction lombaire dans les suppurations auriculaires des diabétiques, G. Ferreri..... 329
- Profession et otopathie, F. Laval 348
- Pyohémie otogène, V. Them... 315
- Quelle méthode de trépanation du labyrinthe devons-nous préférer?*
- Ricardo Botey..... 355
- Quelques particularités cliniques accompagnant des cas de complications générales endo-crâniennes d'otites muqueuses purulentes,*
- Th. Bobone..... 738
- Résultats personnels obtenus avec l'aspiration de Bier en otologie,*
- E. Botella..... 725
- Retard de la guérison après la trépanation mastoïdienne, Albert Bresson 257
- Septicémie et pyémie d'origine otitique, Ludwig..... 931
- Singulière origine d'une paralysie faciale, R. Houlié.....* 470
- Structure de la cellule de Deiters, E. Vasticar.....* 404
- Syphilis de l'oreille externe, L. Rosenbergs..... 265
- Syphilis de l'oreille externe, moyenne et interne, H. Bianco, Menier 579
- Thérapeutique par les sérums et vaccins dans le traitement des complications intra-crâniennes consécutives aux suppurations de l'oreille moyenne, A. Logan Turner 269
- Thrombose du sinus latéral, Perry G. Goldschmit 267
- Thrombose otogène du sinus, Kuttvirt..... 267
- Traitement chirurgical de l'otorrhée chronique, N. Stangenberg. 264
- Trépanation mastoïdienne dans l'otite moyenne aiguë, Wœber 927

NEZ ET SINUS

- Ablation par l'opération de Denker d'un papillome dur de la région ethmoïdo-sphénoïdale, Hanemann 275
- Affections orbitaires consécutives aux sinusites, Reber..... 938
- Anesthésie dans la résection sous-muqueuse de la cloison, Allan. 940
- Anesthésie locale dans l'opération radicale de Killian pour la sinusite frontale chronique, E. Pollak.....* 733
- Anosmies, Castellani..... 270
- A propos du séro-diagnostic de l'ozène, C. Caldera et M. Caggia. 85*
- Atrésies choanales congénitales, J. Cisler..... 272
- Capacité et surface du sinus sphénoïdal, Hanau W. Lœb..... 938

- Cas graves de sinusites frontales guéries par le traitement endonasal, Delsaux..... 937
- Céphalalgies d'origine nasale avec uniquement symptômes du côté des yeux, Greenfield Sluder. 938
- Contribution à l'étiologie, à la pathologie et au traitement de la rhinite atrophique, Joseph Beck... 272
- Contribution à l'étude de la fièvre des foins (mention médecin), Mosché Krieger..... 585
- Correction de l'obstruction nasale par l'orthodontie, W. H. Has- kin..... 814
- Corrections des malformations du septum nasal par la rhinotomie sous-labiale, F. Kretschmann 611
- Cure radicale des sinusites maxil- laires chroniques, par voie endo- nasale, méthode de Réthi-Claoué, Arna..... 584
- Cure radicale sous anesthésie locale de la sinusite maxillaire chro- nique, Van den Wildenberg 367
- Déformation extérieure du nez par les polypes et par le Gondou des tropiques, H. Burger..... 605
- Dent surnuméraire dans la cavité nasale, K. Orléanski..... 607
- Diagnostic et traitement des sinu- sites nasales accompagnées, A. Bronner..... 939
- Dix ans de pratique de « l'opération de Claoué » pour le traitement de la sinusite maxillaire chronique, Claoué 275
- Enquête sur l'ozène aux Etats-Unis, E. Mayer..... 275
- Ethmoïdite fistulisée suppurée au niveau de l'apophyse frontale du maxillairesupérieur, Malan. 940
- Extraction de corps étranger du sinus maxillaire, Lawner... 940
- Fibrome naso-pharyngiens. Traite- ment par la rhinotomie paralatéro- nasale, Peugniez et Labouré. 371
- Fractures du nez et leur traitement, I. Trémolières..... 594
- Fractures du nez, Molinié.... 935
- Injections de paraffine dans la pra- tique, R. Matrosowitch.... 934
- Iodival dans l'ozène, Reinsch 277
- Kystes dermoïdes du dos du nez, Hébert..... 259
- Kyste dermoïde médian du nez, Macleod Yearsley..... 316
- Malformations de l'appareil olfactif chez l'homme..... 611
- Maxillaire supérieur. Discussion sur son développement particulier, E. G. Seibert..... 271
- Nouvelle contribution à l'étude de la chirurgie du nez, L. Löwe 609
- Obstruction nasale due à ostéomes de l'arrière-nez, Sturm.... 273
- Occlusion membraneuse congéni- tale des choanes, Fernandez Vati- la 275
- Opération de Caldwell-Luc dans la cure des suppurations chroniques du sinus maxillaire, H. Pape 279
- Opération des tumeurs de l'hypo- physe et ouverture des sinus caverneux, Levinger..... 281
- Opération radicale du carcinome de l'orbite et du nez, E. Polya. 270
- Ostéome des fosses nasales, V. Son- nenkalb..... 934
- Pansinusite droite chez un enfant, F. Schlemmer..... 938
- Pathogénie des polypes du nez et des oreilles, Pusateri..... 936
- Polype choanal, Beal..... 271
- Procédé utile dans la résection sous- muqueuse de la cloison, Smith 937
- Prolapsus œdémateux congénital de la muqueuse nasale chez les nou- veau-nés*, U. Calamida..... 61
- Prophylaxie du coryza aigu, Sick 934
- Quelques cas de sinusite maxillaire chronique opérés suivant la mé- thode endo-nasale de Claoué*, C. Fournier..... 31
- Quelques idées pour le traitement des maladies nasales, Schmit 276
- Quelques observations d'obstruc- tion nasale, R. de Santalo.. 272
- Rapport entre le nez et les organes génitaux, A. Zlatovéroff... 933
- Recherche de rhinométrie clinique, Itié..... 595
- Recherches sur la nuée sèche obtenue par la méthode d'inhalation Stefanini-Gradenigo, Stefa- nini 606
- Recherches sur le rhinosclérome, V. Lioubinski..... 276
- Renseignements pratiques sur la technique opératoire des sinus de la face*, A. Denker..... 17
- Résultats obtenus dans 50 cas de résection sous-muqueuse du sep- tum, J. Burt Hamilton.... 933
- Rhinite aiguë essentielle (coryza) des nouveau-nés, Rabasa.. 277
- Rhinite caséuse, J. Héchéline 610
- Sarcome mélanique du nez, Georges Wilkinson..... 607
- Sclérome et grosseur, Gerber. 339

- Signes physiques de la tuberculose provoqués par sténose nasale, Lapham..... 935
- Sinus accessoires des fosses nasales chez l'homme à leur période de développement et à l'époque de la naissance*, T. Della Vedova.. 99
- Syphilitiques du nez en 1820, Alexandre Pagenstecher..... 606
- Technique actuelle sur la cure radicale des suppurations chroniques du sinus frontal, Luc..... 278
- Technique des injections de paraffine solide dans le traitement de l'ozène et dans les déformations nasales externes, Suñe y Medan 273
- Traitement conservateur des sinusites du nez, N. Zack..... 279
- Traitement de l'ozène par l'injection sous-muqueuse et l'implantation de paraffine solide, Wetterstadt..... 277
- Traitement des sinusites frontales par voie endo-nasale, Maurice Denis..... 613
- Traitement endo-nasal des maladies des yeux, Stenger..... 936
- Traitement radical des suppurations des sinus frontal et ethmoïdal, Lindt..... 937
- Transplantation de côte pour dépression du nez, H. Hays..... 934
- Tumeurs appliquées contre paroi des cavités accessoires du nez, O. Chiari..... 937
- Tumeurs muqueuses des cellules sphénoïdales et étiologie de ces tumeurs, Rhese..... 276
- Voies d'accès et traitement de la sinusite maxillaire, Rueda.. 281
- Volumineux mucocèle ethmoïdo-frontal*, Van den Wildenberg. 174
- Anesthésie prolongée du larynx dans la tuberculose au moyen d'injection d'alcool dans le laryngé supérieur, Lyk..... 941
- Cancer du larynx, Poppi..... 283
- Cas de laryngocèle* Zia Noury 812
- Considérations sur un cas de laryngospasme suivi de mort, Leto. 284
- Contribution à l'étude des néoplasmes polypeux du larynx, Bilancioni..... 238
- Contribution à l'étude des tuberculoses latentes (tuberculose du larynx), Massei..... 616
- Corps étrangers du larynx, Rozendaal..... 946
- Dédoubllement de la corde vocale inférieure droite, Alezais... 942
- Enrouement chez les chanteurs, H. Lavielle..... 258
- Épithélioma pédiculé de la corde vocale droite. Laryngo-fissure. Guérison remontant à quatre ans et demi avec régénération d'une corde vocale*, H. Caboche... 56
- Examen histologique des cartilages du larynx chez un sujet inhumé depuis deux mois, Verger... 285
- Exentération partielle du larynx avec ablation totale de l'épiglotte après laryngofissure, D. Oria. 314
- Fracture compliquée du larynx, Marcoff..... 945
- Forme nouvelle de kératose laryngée, Gereda..... 285
- Guérison spontanée de tumeur maligne du larynx, Broeckaert. 940
- Laryngectomie totale en deux temps, Stori..... 288
- Laryngite suffocante des enfants, M. Ferrando..... 617
- Laryngo-Pharyngo-œsophagectomie*, Van den Wildenberg.. 752
- Magnésie calcinée et papillomes du larynx, Leto..... 945
- Magnésie calcinée et papillomes multiples du larynx, Dortu. 945
- Méthodes ancienne et contemporaine pour le traitement de la tuberculose laryngée, Bourack.... 945
- Néoplasmes polypoïdes du larynx, Bilancioni..... 315
- Nouveau procédé d'intubation laryngée, Criado y Aguilar... 284
- Origine des kystes congénitaux du larynx, Schneider..... 282
- Pansements de la laryngostomie, Molinié..... 943
- Paralysie du récurrent par sténose

LARYNX

- Absence congénitale de l'épiglotte, Beck..... 941
- Abcès sous-glottique sténosant opéré d'urgence par les voies naturelles. Guérison*, A. Torretta. 467
- Action de certaines glandes endocrines sur le développement du larynx*, G. Ferreri..... 433
- Action de quelques glandes à sécrétion interne sur le développement du larynx, Gherardo Ferreri..... 613
- Anesthésie locale dans la phthisie laryngée au moyen des injections d'alcool, Pavesi et Curli.... 284

- de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, Freystaldt et Stranz. 944
- Pierre aspirée et arrêtée à la première bifurcation de la bronche droite. Expulsion et enclavement dans la portion sous-glottique au cours de la trachéotomie préparatoire de la bronchoscopie. Extraction par crico-trachéotomie, A. Martin. 286
- Pronostic de la tuberculose du larynx, Von Ruck. 618
- Propulsion de la langue dans la laryngoscopie indirecte*, Mermoud. 424
- Pseudo-récidives après extirpation de carcinomes du larynx, V. Hinsberg. 618
- Recherches expérimentales sur les plastiques du larynx*, Ciro Caldera et Pinardi. 773
- Recherches sur la structure fine de la muqueuse de l'épiglotte chez l'homme* (suite et fin), Alexandre Jacovleff. 96
- Relations du nez avec la pathologie du larynx et des voies aériennes, Barth. 942
- Remarques sur le travail de James Strandberg sur le traitement de Pfannenstill, Ove Strandberg. 282
- Résection de la branche interne du nerf laryngé supérieur chez l'homme, Maure et René Celler. 282
- Sensibilité du larynx, A. Ivanoff. 614
- Sérum de Beranek, galvano-caustique et rayons X dans la tuberculose du larynx, Siebenmann. 616
- Solutions autolytiques dans le traitement des cancers inopérables de la gorge, du cou et de la face, Joseph C. Beck. 285
- Statistique de la laryngostomie, Ivanoff. 943
- Technique de l'ablation des polypes du larynx, Réthi. 283
- Technique des méthodes d'examen et de traitement des affections du larynx et rapport de ces affections avec les maladies générales, F. Hering. 581
- Traitement de la dysphagie dans la laryngite tuberculeuse*, Combiér. 393
- Traitement de la laryngite tuberculeuse à la haute montagne*, De Reynier. 70
- Traitement de la tuberculose du larynx et plus particulièrement de la dysphagie, Aurélius Réthi. 614
- Traitement des symptômes douloureux dans la tuberculose du larynx par les injections d'alcool au niveau du nerf laryngé interne, George Fetterolf. 283
- Tuberculose du larynx avec étude particulière de son traitement chirurgical, Nils Arnoldson, Jörgen Möller. 246
- Tuberculose du larynx chez l'enfant, Edouard. 255
- Tuberculose du larynx (méthode de Pfannenstill), Tidesstroem. 28.
- Tuberculose et diphtérie comme affections simultanées du larynx et de la trachée*, R. Imhofer. 386
- Tuberculose laryngée et grossesse, Bilancioni. 282
- Tuberculose primitive du larynx, Franceschi. 282
- Valeur des injections d'alcool comme anesthésique dans la tuberculose laryngée, Pavesi et Curti. 285
- Végétations du larynx traitées par le 606, L. Kirchon. 286

PHARYNX

- Abcès du pharynx, Sheedy... 314
- Affections du pharynx et du nasopharynx chez les enfants, Troitski. 947
- Amygdalectomie, Réthi. 948
- Amygdales et tuberculose, Wood. 947
- Amygdalotomie ou amygdalectomie? Danziger. 292
- Anatomie et relations de l'amygdale sur le corps durci avec étude particulière de la conception réelle du repli triangulaire. Principes et pratiques de la tonsillectomie basée sur ces points, G. Pitteroff. 288
- Anesthésie dans l'énucléation de l'amygdale, Garthwaite-Fischer. 313
- Angines diphtériques frustes, Petrucci. 314
- Cellules à granulations fuschino-philes dans l'amygdale humaine, Leto. 948
- Chlorure d'éthyle dans l'adénotomie, Nielsen. 289
- Complications infectieuses de l'adénotomie, Grove. 291
- Couteau boutonné pour le traitement des périamygdalites phlegmoneuses*, Ricardo Botey... 431

Fibro-myxome très volumineux de la cavité naso-pharyngée, Santiuste.....	620
Gangrène primitive du pharynx. Leto.....	619
Gangrène primitive du pharynx, Poppi.....	291
<i>Cas d'hématome de la paroi pharyngée</i> , Ernesto Botella....	465
Hémoptisie et hémorragie rhinopharyngées, Poppi.....	947
Indications pour l'ablation des amygdales, Hays.....	948
Infections consécutives à l'amygdalotomie, Koplik.....	293
Inflammation chronique des amygdales palatines et traitement, Piffi.....	621
Iodosaprol dans le traitement de la pharyngite chronique, Lang.....	947
<i>Massacre d'amygdales</i> , I. N. Mackenzie.....	694
Opération des végétations adénoïdes (indications, procédés opératoires, particularités et complications), V. Nikitine.....	292
Opération des tumeurs du naso-pharynx, Gerber.....	290
Pathologie, anatomie et physiologie de l'amygdale pharyngée, Francisco Maltese.....	561
Polypes dermoïdes du pharynx, Ernest Oppikofer.....	290
Polypes fibreux naso-pharyngiens; lieu et mode de leur implantation et leur traitement, P. Hellat.....	619
Prophylaxie de l'hémorragie tonsillaire, Stewart.....	948
<i>Quatre cas de tumeurs du pharynx opérés par voie buccale</i> , Gault.....	364
<i>Quelques considérations sur le fibrome naso-pharyngien</i> , H. de Stella.....	716
Rapports entre le catarrhe du pharynx et les végétations adénoïdes, Kapyloff.....	946
Résultats à distance de l'adénotomie, Dodine.....	946
Résultats de l'enucléation des amygdales sur une série de 53 cas pris au hasard, J.-H.-H. Pearson.....	619
Sur ce que nous savons et ne savons pas de l'angine de Plaut-Vincent, Gerber.....	291
Technique de l'ablation des végétations adénoïdes de l'espace naso-pharyngien, Polonsky.....	313
Technique de l'ouverture des abcès péri-amygdaliens, L. Kogan.....	291
Traitement complet de l'amygdalite, Griffith.....	936

Traitement des végétations adénoïdes au moyen de l'administration d'iode de sodium, Edwin Roos.....	291
Végétations adénoïdes, J. Héche-line.....	289

BOUCHE

Adamantinomes, Coryllos.....	623
Adénomes sébacés de la muqueuse buccale, Stern.....	293
Affections locales chroniques et leurs relations étiologiques avec l'arthrite et la néphrite, Frank Billing; — Les infections buccales chroniques, Gilmer; — Observations bactériologiques et cliniques sur les infections locales, Davis.....	294
Application locale de salvarsan dans la glossite superficielle chronique, Allport.....	949
Bouche et ses maladies chez les enfants, J. Troïtsky.....	296
Calcul du canal de Warthon, Dandin-Clavaud.....	294
Calculs salivaires sous-maxillaires. Notes cliniques, Forns.....	293
Cancroïde de la lèvre inférieure, Duvergey.....	296
Extraction dentaire suivie d'ophtalmie métastatique, Jampolsky.....	949
Gangrène de la bouche, terminée par la mort à la suite du traitement de la malaria par le Salvarsan, J. Dritsaky.....	622
Hectie et leucoplasie linguale, M. Micheau.....	295
Hypertrophie totale congénitale du maxillaire inférieur et supérieur des deux côtés avec prédominance à droite, A. Biogga.....	949
Leucoplasie buccale, Ivy.....	296
Nécrose du maxillaire supérieur par rougeole, Bindi.....	295
Nouvel instrument pour ouvrir sans danger les abcès de la cavité bucco-pharyngée, Metzianu.....	623
Opérations esthétiques sur la bouche et le visage à la suite de noma, D. Gorokhoff.....	296
Parotidite associée à la glycosurie et à l'acétonurie, Routh.....	624
Parotidite et inflammations de la glande sous-maxillaire purulentes, aiguës et idiopathiques, Fl. Santi.....	295
Réimplantation des dents, Hoefferdahl.....	623

Résultats définitifs dans les cancers de la langue, Short.....	316
Sarcome du maxillaire inférieur, Withall.....	315
Sigmatisme, Fein.....	623
Stomatite chez les enfants, Legrand Kerr.....	315
Traitement de la leucokératose bucco-linguale par la solution de sulfate de cuivre, Avierinos....	295
Traitement iodé de la tuberculose linguale, Bonzani.....	293
Tumeurs malignes de l'isthme du gosier, leur extirpation par voie buccale, Coulet.....	591

AUDITION, SURDI-MUTITÉ

Affection syphilitique de l'organe auditif et Salvarsan, Lang.....	301
Anatomophysiologie de l'ouïe, Grasset.....	624
Chaîne des osselets et les traumatismes labyrinthiques, Zimmermann.....	304
Considérations sur l'ankylose de l'articulation du marteau et de l'enclume, Hannemann.....	299
Constatations histologiques du labyrinthe membraneux et leur rapport avec les lésions artificielles, cadavériques ou les transformations agoniques, Wittmach et Laurowitsch.....	950
Constitution et fonction de la crête ampullaïre, Shambaugh....	313
Contribution à l'anatomie pathologique des pertes de substance intéressant la capsule labyrinthique sans troubles fonctionnels, Schmiegelow.....	314
Contribution à la clinique des anomalies de perception des sons, Jørgen Møller.....	708
Contribution à la pathologie et au traitement de l'otosclérose, Joseph C. Beck.....	299
Contribution à l'étude des bruits perçus objectivement, Ernest Bottella.....	627
Contribution à l'étude des lésions auriculaires dues à la foudre, Rugani.....	626
Déviations dans la marche utilisée comme signe complémentaire à l'épreuve thermique, Buys..	767
Diagnostic d'une surdité unilatérale par le signe de Lombard, Pape.....	314
Discussion sur la fonction acousti-	

que et vues personnelles, De Cigna.....	779
État de l'ouïe dans la neurofibromatose centrale, Engelhardt....	952
Étude des affections des membranes de la fenêtre labyrinthique et leur signification pour la production des infections labyrinthiques, Grunberg.....	302
Études et propositions d'acoumétric, Gradenigo.....	298
Études expérimentales complémentaires sur les troubles acoustiques du labyrinthe des mammifères, Hoessli.....	301
Examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire, Lautmann.....	956
Examen fonctionnel du labyrinthe chez le vieillard, H. Patenotre.....	952
Fréquence de la surdité simulée parmi les accidentés et sur les méthodes permettant de dépister la simulation, Z. M. Kompanéetz.....	256
Formes exceptionnelles de malformations des organes de l'ouïe, Krampotz.....	297
Importance des maladies d'oreille pour les assurances sur la vie et contre les accidents, Holger Mygind.....	300
Intoxication alcoolique et réaction vestibulaire, Rothfeld.....	954
Lésions de la VIII ^e paire consécutives aux oreillons, O. Mauthner	951
Limite auditive compatible avec l'exercice de la profession des employés de chemin de fer, Boval.....	950
Méthodes actuelles d'examen de l'appareil vestibulaire pour la détermination objective du vertige S. M. Kompanéetz.....	30
Méthode d'exploration fonctionnelle de l'oreille (épreuve de l'ouïe et de l'appareil d'équilibration), A. Sonntag et H. I. Wolff..	575
Monocorde à vibrations longitudinales pour déterminer la limite supérieure des sons, J. Tommasi.....	397
Moyen de diagnostiquer l'ankylose de l'étrier, Stum.....	312
Neurolabyrinthite chez des sujets atteints de syphilis récente, Citelli.....	951
Névrite de l'acoustique, Lang	297
Oreilles: labyrinthe, Hingsberg	300
Ostéite chronique métaplastique de la capsule du labyrinthe, Manasse.....	955

Otosclérose dans ses rapports avec la tuberculose, Gradenigo...	957
<i>Peut-on diagnostiquer une surdité totale et complète? Peut-on rendre l'audition à un individu qui n'entend plus rien pratiquement?</i>	
R. Ranjard.....	63
Prophylaxie de la surdité chez les enfants, Mac Leod Yearsley.	951
Recherches sur l'ouïe du chien M. Eliasson.....	952
<i>Rééducation auditive et mesure de l'audition</i> , G. de Parrel....	758
Remarques cliniques sur les anomalies de la perception des sons, Jörgen Möller.....	296
Remarques sur le mécanisme de la paracousie de Willis, R. P. Stum	628
Salvarsan et bruits auriculaires d'originesyphilitique, L. Kogan	951
Salvarsan et nerf acoustique, Nils Witt.....	296
Signification de certains signes fournis par la transsonance osseuse dans les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne, V. Okouneff.....	302
606 Ehrlich-Hata et troubles labyrinthiques, F. Felix.....	955
<i>Structure de la lame spirale membraneuse du limaçon</i> , E. Vasticar.	776
Surdité absolue hystérique, K. D�lger.....	956
Surdité syphilitique congénitale traitée par le 606, Biggs....	955
Syphilis et surdité, Kerr Love	303
Syphilis vestibulaire, Rodriguez Vargas.....	302
Technique de l'extirpation du labyrinthe chez le chat, de Kleijn	627
Tumeurs de l'acoustique, F. Henschen.....	951
Vertige auditif et bourdonnements d'oreille, Gray.....	299
Vertige galvanique, Livi? . . .	298

ORTHOPHONIE

Aphonies, De Blocq.....	629
Conséquences laryngées des erreurs de la mécanique respiratoire chez les professionnels de la voix, Biaggi.....	958
<i>Essais sur la voix</i> (suite), A. Thooris	123, 453, 790
Notes cliniques sur les aphonies, Lasagna.....	630
Phonasth�nie et son traitement par des procédés mécaniques et	

gymnastique vocale, Erbschtein 958

Recherches expérimentales sur la phonation, Bela Freystaltdt..	957
<i>Registres vocaux et leur union</i> , M. A. Lafont.....	447
<i>La voix dans l'enseignement</i> (suite et fin), Pierre Bonnier.....	128

TRACHÉE, BRONCHES, OESOPHAGE, CORPS THYROIDE.

Anatomie topographique et chirurgie du thymus, Eugène Olivier	248
Auscultation des bruits de la déglutition comme moyen de diagnostic des rétrécissements de l'œsophage, F. Haussmann.	306
Bronchoscopie chez les enfants, M. F. Tsytovtich.....	305
Bronchoscopie inférieure avec extraction d'un corps étranger profondément enclavé dans la bronche gauche, Botey.....	304
Clou de la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie, G. de la Roche et Molinié.....	307
Considérations sémiologiques sur le signe de Smith dans l'adénopathie trachéo-bronchique des enfants, Luzzatti.....	304
Contre-indications du traitement opératoire du goître de Basedow, J. Spijarny.....	308
<i>Contribution à la plastique de la trachée</i> , A. Torretta.....	429
<i>Contribution à l'étude œsophagoscopique et thérapeutique des rétrécissements de l'œsophage</i> , Sargnon.....	321
29 corps étrangers extraits de l'œsophage et des voies respiratoires au moyen de l'�sophagoscopie et de la bronchoscopie, A. de Lens.....	633
<i>Corps étranger (pignon de pin) enclavé dans la bronche gauche. Extraction par la bronchoscopie inférieure</i> , Ricardo Botey.	141
Diagnostic des affections de l'œsophage à l'aide des rayons Rontgen, J. Rosenblat.....	316
<i>Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels</i> , Guisez	667
Extirpation des cancers œsophagiens au niveau de la portion cervicale, V. Winiwarter....	960
Extraction des corps étrangers des	

bronches chez les enfants par la bronchoscopie, V. Hinsberg.	306
Goître lingual, Guisberg.....	962
Grave (cas) de l'œsophage, Oller	631
Implantation de la trachée à la peau dans la laryngectomie totale.	961
Trachéotomie transversale totale supérieure, R. Botey.....	961
Importance clinique de la laryngo-bronchoscopie et de l'œsophagoscopie suivant les derniers travaux, Torrigiani.....	633
Influence favorable du traitement rhinologique ou pharyngo-rhinologique sur l'exophtalmie et l'hypertrophie de la glande thyroïde. Contribution au traitement de la maladie de Basedow, Jean Sendziak.....	309
Influence positive des opérations nasales et nasopharyngiennes sur l'exophtalmie ainsi que sur l'hypertrophie de la glande thyroïde (struma). Contribution au traitement de la maladie de Basedow, J. Sendzia.....	20
Interventions trachéales par trachéoscopie, Botella.....	958
Modification à la technique de la trachéotomie, J. Portela....	764
Mort par emphysème grave du cou par perforation trachéale apparente, Brun.....	307
Néoplasme de l'œsophage, Secousse et Labuchelle.....	306
Nouveau signe diagnostique précoce du carcinome du tiers supérieur de l'œsophage, Guarnaccia.....	87
Œsophagotomie médiane, Hans	632
Opération simple du diverticule œsophagien, Schmid.....	962
Quelques cas de rétrécissement de l'œsophage, Morse.....	631
Radiographie et bronchoscopie dans la recherche des corps étrangers, Eicken.....	960
Radioscopie de l'œsophage, Arella	633
Rupture de la trachée et perforation de l'œsophage dans les fractures du larynx, Koerbl.....	961
Technique de l'œsophago-bronchoscopie, A. De Lens.....	633
Trachéotomie inférieure dans la diphtérie, Leede.....	960
Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par le cathétérisme sans fin et la dilata-	

tion laminaire progressive, Brémond.....	631
Toux réflexe, Sigismund Marx.	961
Tumeur maligne des voies aériennes supérieures, J. Price Brown	960

SOCIÉTÉS SAVANTES

1^o Sociétés spéciales.

- I. — *Académie de médecine de New-York*. — Section d'otologie. — 13 octobre 1911. — Trois cas de méningite avec guérison après l'emploi d'urotropine et d'extrait de leucocytes de Hiss, James Garfield Dwyer, 513. — Affections du labyrinthe consécutives à l'administration du salvarsan, Duel, 514
- 10 novembre 1911. — Un cas de thrombose du sinus sans symptômes subjectifs de l'oreille, Edward Lee Meierhof, 514. — Un cas d'abcès du cerveau, David Yates, 514. — Un nouvel appareil de bruits pour exclusion de l'audition, Francis White, 515. — Abcès temporaux profonds, Braun, 515.
- Section de laryngologie et de rhinologie. — 27 décembre 1911. — L'angine de Vincent chez les petits enfants. Etude de 24 cas observés au cours de huit mois à l'hospice des enfants trouvés de New-York, J.-A. Mulholland, 853. — Cas de réopération de sinusite frontale, R. Cunningham Myles, 532. — Sarcome à petites cellules rondes. Nécrose du plancher. Abcès de l'orbite. Opération de Killian combinée avec la méthode ouverte, R.-C. Myles, 533. — Deux cas de corps étrangers enlevés de la bronche et de la bouche de l'œsophage, Emile Mayer, 534.
- II. — *Académie royale de médecine de Madrid*. — Section d'oto-rhinolaryngologie. — 23 mars 1912. — Tumeur trachéale extirpée par trachéotomie, Gereda, 518.
- 20 avril 1912. — Etat actuel de la chirurgie laryngée, Tapia, 860.
- 3 février 1912. — Un cas de laryngectomie totale, G. Tapia, 185. — Corps étrangers de la bronche droite, Tapia, 185.
- III. — *Association médicale américaine*. — Section d'oto-rhinolaryngologie. — 4 juin 1912. — Ponction du sinus maxillaire

- chez les tuberculeux, Skillern, 541. — Ethmoïdite comme séquelle fréquente de la fièvre des foies. Todd, 541. — Importance de la radiographie en oto-laryngologie, Hickey, 541.
- 5 juin 1912. — Discussion générale sur les complications intracrâniennes, Goldstein, 882. — Technique opératoire du traitement de l'abcès cérébral otogène, MacKernon, 882. — Diagnostic et localisation de l'abcès du cerveau, Dercum, 882. — Le salvarsan dans les lésions du nez, Borden, 882. — Relations de l'état du nez avec l'asthme, Matthews, 882. — Traitement endo-bronchique de l'asthme Wolff Freudenthal, 882. — Traitement de la sténose laryngée chronique, Dupuy, 882.
- IV. — *Association médicale anglaise.* — juillet 1912. — Sections réunies de laryngologie, rhinologie et otologie. — Discussion sur l'éducation du spécialiste en laryngologie et otologie, Holger Mygind, 487.
- Section d'otologie. — Discussion sur l'otite moyenne aiguë supprimée, R.-H. Woods, 489. — La valeur des opérations décompressives au cours des complications intracrâniennes d'origine otitique avec quelques considérations spéciales sur le traitement de la méningite otitique, W. Milligan, 491. — Comment empêcher la surdité dans les cas non suppurés, J. Kerr Loves, 491. — Les indications de l'opération de Schwartz, G.-J. Jenkins, 491.
- Sections réunies de laryngologie, rhinologie et otologie, juillet 1912. — Discussion sur le diagnostic différentiel des rétrécissements de l'œsophage, Otto Kahler, 819. — Tumeurs malignes et diverticules, Weiggett, 819. — Rétrécissements de la partie inférieure de l'œsophage avec quelques considérations spéciales sur ceux d'origine spasmodique, Brown Kelly, 820. — Le spasme du cardia est-il primitif, William Hitt, 822. — Théories sur la cause de la dilatation diffuse de l'œsophage, 823. — Notes sur quelques cas de fissure douloureuse de la bouche de l'œsophage, Benner, 824. — La syphilis, cause de sténose œsophagienne, Walker Downie, 824.
- V. — *XV^e Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie.* — 17 au 21 sept. 1912. — 17 sept. 1912. — Rapport sur le traitement des maladies des voies respiratoires par les inhalations, F. Lasagna et V. Nicolaï, 813. — L'oxygène et l'air filtré médicamenteux sous pression en oto-rhino-laryngologie et dans le traitement des affections broncho-pulmonaires, Ambrosini, 814. — Les inhalations sèches par l'eau-mère de Montecatini, Tommasi, 814. — L'appareil de Hentschel pour les inhalations médicamenteuses, Citelli, 814. — Hypophysiectomie par la voie transpalatine, Brockaert, 814. — Sur quelques cas de prothèse nasale externe par des injections de paraffine, Ceccaroni, 814. — Un cas de rhinoplastie par le procédé de Von Hacker, Ceccaroni, 814. — Sur le développement du sinus frontal, Lasagna, 814. — Observations radiographiques sur les sinus du nez dans un cas d'oxycéphalie, Poppi, 815. — Dent supplémentaire dans la cavité du sinus maxillaire gauche, Bruzzzone, 815. — Recherches sur la pathogénie des polypes du nez et de l'oreille, Pusateri, 815. — Granulome de la fosse nasale engendré par un corps étranger, Clerc, 815. — Syphilome nasal de la cloison nasale à type néoplasique, Calamida, 815. — Syphilide primitive de la cloison nasale traitée par le 606, Artelli, 815. — Sur la cure chirurgicale des sinusites frontales, Arslan, 815. — Sur la technique de la résection sous-muqueuse de la cloison, Gavello, 816. — Retrait du tampon effectué sans douleur après la turbinotomie, De Cigna, 816. — Ostéome volumineux du sinus sphénoïdal guéri par une opération, Citelli, 816. — Enchondrome calcifié du nez, Biasioli, 816. — Sur un cas particulier de périthélioma du maxillaire supérieur, Alagna, 816. — Angiosarcome du maxillaire supérieur et du rhinopharynx. Résection totale et prothèse immédiate du maxillaire, Arlotta, 816. — Kystes naso-pharyngiens, Bruzzzone, 816. — Hémangio-endothéliome de la cavité rhino-pharyngienne, Biasioli, 816.

- Ablation d'une sangsue depuis 15 jours dans le cavum rhino-pharyngien, Biasoli, 817.
- 18 sept. 1912. — Sur l'application de la phonétique expérimentale à la clinique, G. Gradenigo et C. Biaggi, 817. — Etude graphique de la respiration en cas de sténose des premières voies aériennes, Bilancioni, 817. — Laryngectomie pour cancer intrinsèque et appareil de prothèse respiratoire et phonatoire, Nicolaï, 817. — Nouvelles recherches sur les rapports circulatoires existant entre la base du crâne et la voûte pharyngée, Citelli, 818. — A propos de la formation du palais, Della Vedova, 818. — Symphise palato-pharyngée, Torreta, 818. — Amygdale épistaphyline anormale, d'Adjutolo, 818. — Sur la physiologie des amygdales palatines, Caldera, 818. — Au sujet de certaines formes de troubles subjectifs du pharynx, Manciola, 818. — Sur un cas de tumeur mixte du voile palatin, Alagna, 818. — A propos d'une lésion syphilitique particulière des amygdales palatines, Citelli, 818. — Observation rare d'admygdalite lacunaire avec une abondante collection caséuse, Gatteschi, 819. — Hémostase dans la tonsillectomie, Canestro, 819. — Kystes du sinus piriforme, Canepete, 819.
- VI. — IV^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie. — 26-29 août 1912. — 27 août 1912. — Diagnostic des labyrinthites, G. Tapia, 478.
- 26 août 1912. — Erreur possible dans l'interprétation du signe dit « de la fistule », Rueda, 835. — Quelles méthodes de trépanation du labyrinthe devons-nous préférer ?, Botey, 838. — Considérations sur trois cas de pyolabyrinthites, Castaneda, 838. — Discussion sur le rapport de Tappia, 838. — Investigations sur les prétendus effets du Salvarsan sur le nerf acoustique, Botella, 838. — Indications et technique de la labyrinthectomie, Falgar, 839.
- 27 août 1912. — Les injections d'alcool comme traitement de la dysphagie des tuberculeux, Bertran, 840. — Résultats personnels de la méthode de Bier en otologie, Botella, 840. — Complications chez les trachéotomisés ; leur traitement, Horcasitas, 840. — Ma méthode d'implantation de la trachée à la peau dans la laryngectomie, Botey, 841. — Quelques considérations sur l'extirpations totale du larynx, Tapia, 842.
- VII. — IX^e Congrès international d'otologie. — Boston, 12-17 août 1912. — 13 août 1912. — Projections, coupes microscopiques et microphotographiques de l'oreille interne, M. Urban Pritchard, 840. — Présentation de coupes microscopiques du labyrinthe, M. G. E. Shambaugh, 481. — Présentation de coupes montrant : 1^o rapport entre la membrane tectoria et la membrane de Reissner ; 2^o dégénérescence de l'organe de Corti, M. E. R. Carpentier, 481. — Présentation de coupes (préparés d'après une technique spéciale) du labyrinthe membraneux chez l'adulte, M. W. S. Bryant, 481. — Présentation de préparations microscopiques et projections : 1^o oreille normale ; 2^o lésions du labyrinthe acoustique, M. F. Siebenmann, 481. — Histologie du tympan, M. R. Butler, 481. — Présentation d'un fantôme labyrinthique de grandes dimensions, Siebenmann, 481. — Essais de greffe des canaux semi-circulaires. Reconstitution du labyrinthe, M. G. L. Streeter, 481. — Coupes montrant le développement des nerfs de la huitième paire crânienne et la continuité de l'épithélium auditif avec les noyaux auditifs dans l'encéphalon, M. W. Milligan, 481. — Examen des deux temporaux chez 120 individus. La symétrie à l'état sain et à l'état pathologique, M. A. H. Cheate, 481. — Présentation de pièces relatives à des points spéciaux de la topographie de l'os temporal, M. B. A. Randal, 481. — Présentation de diverses préparations de temporaux, M. W. M. Dunning, 481. — Présentation de 60 temporaux préparés, M. Gorham Bacon, 481. — Description d'un moulage de l'oreille pour l'enseignement, M. Gorham Bacon, 481.
- 13 août. — Maladies de l'oreille moyenne et des cellules mastoïdiennes. Observations prises sur

- 454 autopsies dans 2232 cas de scarlatine, de rougeole et de diphtérie, M. Borden, 481. — Le traitement de l'otite moyenne suppurée par la vaccine, M. E. Wyman Nagle, 482. — Application de la vaccinothérapie aux affections de l'oreille, 482. — La neuro-labyrinthite chez les syphilitiques et le Salvarsan, M. Citelli, 482. — Plantes argentines utiles pour combattre l'otalgie, M. N. Rojas Acosta, 482. — De l'importance des cultures du sang pour le diagnostic de thrombose du sinus en rapport avec les infections otiques, M. Libman, 482. — Le diagnostic bactériologique comme secours dans l'otite moyenne aiguë et ses complications, F. E. Sondern, 482.
- 14 août. — De l'influence des synéchies nasales sur certaines formes de surdité, M. E. J. Moure, 483. — L'abcès temporal sous-périosté d'origine otique sans suppuration intra-osseuse, Luc, 483. — L'insuffisance du drainage que l'on obtient parfois par la myringotomie ordinaire dans l'otite moyenne aiguë, M. R. Lewis, 483. — Nature et causes des agglomérations cholestéatomateuses qui se forment de bonne heure dans le cours des suppurations auriculaires. Nécessités de reconnaître promptement les conditions qui favorisent leur production, Ch. J. Heath, 483. — La valeur du caillot dans les opérations pour la mastoïdite aiguë et chronique, Ch. Holmes, 483. — Greffe épithéliale comme moyen d'effectuer la guérison sûre et rapide de la cavité laissée après l'évidement pétromastoïdien, Ch. A. Ballance, 484. — Un lambeau périosté dans les opérations sur la mastoïde, M. Leland, 484. — Abscess intradural se produisant dans l'otorrhée chronique, Walton-Brown, 484. — Les difficultés des complications intracrâniennes, Garham-Bacon, 484. — Diagnostic différentiel entre la suppuration du labyrinthe, la labyrinthite séreuse, l'abcès cérébelleux et la méningite séreuse de la fosse postérieure, R. Barany, 484. — Considérations sur l'abcès du cerveau d'origine otique basées sur une étude de 21 cas personnellement observés par l'auteur, Bradfort Dends, 484. — La méningite otitique chez l'enfant, Mac Cuen Smith, 485. — Thrombose primitive du golfe de la jugulaire, M. F. Mac Kernon, 485. — Nouvelle intervention par inflammation septique du sinus caveux, Ballance, 485. — Œdème de la papille en rapport avec les maladies de l'oreille, Gruening, 485.
- 14 août. — Rapport. La méningite. Les recherches récentes : 1° Introduction, W. C. Phillips, 485. — 2° Recherches expérimentales sur les tissus de réaction et leurs rapports avec le diagnostic précoce et le traitement, Kopetzky, 486. — 3° Traitement chirurgical de la méningite pyogène par le drainage de la cisterna magna, Haynes, 486. — Prophylaxie de la surdité et de la mortalité occasionnées par les suppurations de l'oreille, A. Heath, 486. — Modifications à la cure radicale de l'otorrhée, Sohler Bryant, 487. — Traitement conservateur de l'otorrhée, Yankauer, 487. — Les erreurs en otologie, Heiman, 487.
- 15 août. — Remarques sur les épreuves au diapason, particulièrement au point de vue de la valeur de la diminution, Dundas Grant, 825. — Les rapports entre les canaux semi-circulaires et les muscles de l'œil. Le mécanisme central du nystagmus vestibulaire, Barany, 825. — Ligature ou constriction de la carotide primitive pour la cure des bourdonnements persistants, M. Reik, 826. — Les résultats de l'emploi systématique des épreuves aux diapasons, Holinger, 826. — Rapports entre les maladies de l'oreille et celles du nez et du naso-pharynx, Herbert Tilley, 826. — Le naso-pharynx et les maladies auriculaires, Adair-Dighton, 826. — Pathologie de la trompe d'Eustache, étude clinique, Holmes, 826. — L'emploi des vapeurs avec un nouveau pulvérisateur dans le traitement de l'otite moyenne, des états inflammatoires de la trompe d'Eustache et de l'otosclérose au début, Wilkinson, 817. — Etat actuel de nos connaissances sur l'otosclérose, Denker, 827. — Préparations microscopi-

- ques et macroscopiques d'otospongieuse progressive, F. Siebenmann, 827. — Un cas d'otosclérose précoce traitée par le radium, Richard Lake, 827. — Appareil pour traiter les tintements auriculaires, Chambers, 827. — Appareil assourdisseur, White, 827. — La dionine par voie tubaire pour soulager l'otite moyenne catarrhale chronique, Randal, 827. — Valeur de la radiographie et de la translumination dans le diagnostic des affections de l'apophyse mastoïde, Birkett et Phillips, 828.
- 16 août. — Surdité par la quinine, Hernandez, 828. — Emploi de la quinine dans le vertige, Dundas Grant, 828. — Surdité soudaine totale et permanente d'une oreille provenant d'une inondation labyrinthique présumée, suivie quatre années plus tard par un état analogue dans l'autre oreille, Spalding, 828. — Surdité labyrinthique traumatique, Friedenwald, 828. — Interprétation diagnostique des symptômes et réactions de l'appareil vestibulaire suivie de démonstration de préparations histologiques, Neumann, 828. — La durée de l'excitation des cellules ciliées de la crête ampullaire comparée avec la durée du courant endolymphatique et le nystagmus qui en résulte, Shambaugh, 828. — Pathologie, anatomie pathologique et traitement des processus infectieux labyrinthiques, Alexander, 829. — La pathologie du labyrinthe avec présentations de préparations microscopiques, Ruttin, 829. — Vertige auriculaire, Harold Walker, 829. — Traitement opératoire du vertige labyrinthique, Milligan, 829. — A quel traumatisme le facial peut-il résister sans perte de sa fonction, Barnhill, 829.
- 16 août. — Sur la morphologie de l'oreille externe y compris le tympan, étudiée chez cent enfants, Victor Grazi, 829. — Sur la signification pathologique et clinique des prétendus polypes de l'oreille et sur l'étiologie des tumeurs bénignes en général. Huit cas intéressants de polypes de l'oreille, Citelli, 829. — Fibrome ou angio-fibrome de l'oreille moyenne, Brazy, 829. — Maladies de l'oreille chez les fous, Hernandez, 830. — Propositions acoumétrique, Gradenigo, 830. — La prophylaxie de la surdité, Macleod Yearsley, 830. — Présentation de préparations microscopiques de cas surdité, Siebenmann, 839. — Maladie spécifique et surdité, Kern Love, 830. — Traitement à domicile des enfants sourds, Hudson Maken, 830. — L'  ducation des sourds après la scolarité, Goldstein, 830.
- VIII. — *Réunion annuelle de la société japonaise d'oto-rhinolaryngologie.* — 2 et 3 avril 1911. — Section rhino-laryngologie. — Présentation d'un nouveau réflecteur frontal, Miyaji, 506. — Statistique de la syphilis buccopharyngienne, Nakano, 506. — Le 606 dans la syphilis des cavités buccale, pharyngienne et laryngienne, Nakano, 506. — Goître aberrant à la base de la langue, Nakamura, 506. — Présentation des organes cervicaux d'un malade mort de chlorose, Yoshii, 506. — Pharyngite gangreneuse, Hamaji, 506. — Angine pneumococcique, Hayashi, 507. — Statistique sur les empyèmes des sinus, Nakata, 507. — Adénome du nez, Sato, 507. — Sur les altérations cancéreuses des nerfs du larynx et des muscles dans la paralysie récurrentielle provoquée par cancer de l'œsophage, K. Oyama, 507. — Traitement de l'ozène vrai, Ishizuka, 508. — Sur le stade précoce de l'ozène vrai, A. Kimura, 508. — Traitement de la sinusite frontale, Kimura, 508. — Traitement au Salvarsan, Kanasugi, 508. — Régénération des cordes vocales après extirpation, Akamatsu, 508. — Démonstration de lèpre nasale, Murata, 508. — Contribution à l'anatomie comparée du larynx, Ozeki, 509. — Fossette glosso-  pyglottique chez les Japonais, Ozeki, 509. — Altérations lépreuses du larynx, Mishima, 509. — Modifications histologiques du larynx dans la leucémie, Tado-koro, 509. — Erysipèle idiopathique de la face et infection streptococcique du pharynx, Okada, 509. — Rotation latérale de la

- tête de lapin lors de l'injection de Salvarsan, Hata, 509. — Cas de mort par le chloroforme après opération mastoïdienne avec symptômes cérébraux, Sato, 510. — Présentation de papillome du nez, Oyama, 510. — Contribution à l'examen bactériologique de l'otite moyenne aiguë, Matsui, 510. — Altérations de l'organe auditif après pneumomassage violent du tympan, Tomita, 510. — Contribution au traitement des bourdonnements d'oreille par la solution saline, Mizukoshi, 510. — Embryologie de l'oreille interne du chien, Wada, 510. — Examen histologique de l'organe auditif dans le tabès, Inada, 511. — Perméabilité aux liquides du tympan chez le lapin et le cobaye, Hayashi, 511. — Nouvelles études sur les altérations histologiques de l'organe auditif dans la leucémie, Mishima, 511. — Transillumination de l'apophyse mastoïde par le conduit auditif, Ota, 511. — Examen expérimental des altérations de l'organe auditif, dans l'intoxication par l'atoxyl, Tadokoro, 511. — Examens otorhino-laryngologiques chez les écoliers, Nakata, 511. — Etude statistique des végétations adénoïdes, Simbo, 511. — Etudes cliniques sur les végétations adénoïdes, Yagisawa, 511. — Guérison d'une paralysie des membres inférieures après adénotomie, Morikawa, 511. — Relations entre les végétations adénoïdes et les enfants minus habentes, Hirose, 511. — Mensurations de l'activité intellectuelle chez les adénoïdiens, Shimodaira, 511. — Sur la voûte palatine dans les végétations adénoïdes, Ito, 511. — Contribution à la fonction des amygdales, Kamio, 512. — Histologie pathologique des végétations adénoïdes, Nakamura, 512. — Sur le prolongement nasal des végétations adénoïdes, Okada, 512. — Sur le mouvement actif des lymphocytes, Nakamura et Kamio, 512.
- IX. — *Société allemande d'otologie.* — XXI^e Réunion, 23-24 mai 1912. — Traitement opératoire de la méningite otogène, Preysing, 173. — La méningite interne aiguë, E. Ruttin, 173. — Expériences thérapeutiques sur la méningite otogène à la Clinique otologique de Göttingen, Uffenorde, 173. — Curabilité de la méningite otogène, Brieger, 173. — Recherches expérimentales sur l'action de l'urotropine dans la méningite, Van Caneghem, 174. — Présentation, Quix, 173. — Le syndrome de Barany, Barany, 174. — Recherches sur la sensation verticale, Brünings, 174. — Système des canaux semi-circulaires des souris dansantes, Wittmaack, 174. — Présentation, Brünings, 174. — Stades de début et nature de l'otospongiose progressive, Siebenmann, 174. — Influence des actions sonores sur le seuil de la sensation acoustique, V. Urbantschitsch, 174. — Lésions acoustiques de l'organe auditif, Wittmaack, 175. — Genèse des lésions de l'ouïe après actions acoustiques prolongées, Reinking, 175. — Fatigue pathologique de l'ouïe dans la névrose traumatique, Bönninghaus, 175. — Détermination de la surdité unilatérale, Wagener, 175. — Les affections professionnelles de l'ouïe, Peyser, 175. — L'enseignement des sourds en Allemagne, Hutmann, 175. — Les sourds-muets en Amérique et en Allemagne, Haenlein, 175. — La protection des sourds, Haenlein, 175. — Relations vasculaires entre l'oreille moyenne et le labyrinthe à travers la paroi osseuse de ce dernier, Zange, 175. — Présentations, Uffenorde, 175. — La labyrinthite propagée, Scheibe, 175. — Histologie pathologique du labyrinthe, Ruttin, 175. — La labyrinthite expérimentale, Blau, 176. — Occlusion de la trompe dans l'opération radicale, Laurowitsch, 176. — Carie secondaire après attico-antrotomie, Krebs, 176. — Autoplastie par occlusion primaire et secondaire des plaies d'antrotomie, Voss, 176. — Opération translabirynthique d'une tumeur de l'acoustique, Quix, 176. — Présentation, Wittmaack, 176. — Radiographies d'un crâne, Schlegel, 176. — Présentation, Van Caneghem, 176. — Instruments, Albanus, 176.
- X. — *Société allemande de laryngologie.* — XIX^e réunion à Hanovre, 24 et 25 mai 1911. — L'état

- actuel de l'enquête sur l'ozène, Alexander, 166. — Lagoutte dans les voies aériennes supérieures, Thost, 166. — Relation entre les rétrécissements des voies aériennes supérieures et les altérations des sommets des poumons, Blumenfeld, 166. — Résection sous-labiale du septum, Kretschmann, 166. — Etiologie de l'asthme bronchique, Goldmann, 166. — Données pratiques pour la technique des opérations sur les sinus, Denker, 166. — Contribution à l'ouverture du sinus frontal depuis dehors, Schmidt, 166. — Les fibromes primaires des sinus, Mannassé, 167. — Le traitement conservateur des amygdales hypertrophiées, Spiess, 167. — Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme, Schmeden, 166. — Inhalation d'air chaud mêlé à des médicaments gazéifiés, Elsässer, 167. — Traumatisme crânien comme cause de paralysie du pharynx, du larynx et de la nuque, Siebenmann, 167. — Moulages du larynx et de la trachée de sujets provenant d'un pays goitreux, Oppikof, 167. — La tuberculose primitive du larynx, Steiner, 167. — Représentation des voyelles au moyen d'un résonnateur simple, Gutzmann, 168. — Présentation, Gutzmann, 168. — La question des registres, Sokolowsky, 168. — L'anesthésie en trachéo-bronchoscopie, Ephraïm, 168. — Lésions de l'arbre trachéo-bronchitique par suite d'anthraxose des ganglions, Mann, 168. — Radiographies du diagnostic bronchoscopique de tumeurs du poumon, Ephraïm, 168. — Résultats définitifs de la plastique paraffinique dans la paralysie récurrentielle, Brünings, 168. — Mensuration de la perméabilité aérienne d'une et des deux fosses nasales sans instruments, Brünings, 168. — Sténose bronchique dans l'hypertrophie de l'oreillette, Kahler, 168. — L'inflammation hyperplasique chronique des sinus. Opération sous anesthésie locale, Uffenorde, 169.
- XI. — *Société américaine d'oto-rhino-laryngologie*. — 13, 14 et 15 mai 1912. — Les rayons de Roentgen comme adjuvants du diagnostic des affections du sinus sphénoïdal, Ross, Hall Skillern et George E. Pfahler, 494. — La capacité et l'aire superficielle du sinus sphénoïdal, maxillaire et frontal, Hanan W. Læb, 495. — Sinusite sphénoïdale en rapport avec la névrite optique, Joseph P. Tunis, 495. — La réaction de Wassermann et le salvarsan dans le traitement de la syphilis en oto-laryngologie, Joseph C. Beck, 495. — La mesure du ton dans la production de la voix. Nécessité d'une mesure, William J. Henderson, 496. — Résultat de 18 ans de recherches sur la production de la voix et l'analyse de la voix, William Hallock, 496. — Science de l'art vocal au point de vue de l'usage et de l'abus de la voix, Frank E. Miller, 497.
- 14 mai 1912 (matin). — Séquestre de la mastoïde contenant tous les trois canaux semi-circulaires, J. M. Ingersoll, 497. — Etudes sur la méningite, Samuel I. Kopetzky, 497. — Le traitement chirurgical de la méningite, Irving S. Haynes, 498. — Abscès cérébral d'origine otitique : étude de 21 cas personnels, Edward Bradford Dench, 499. — La trompe d'Eustache dans l'otite moyenne chronique, Edgar M. Holmes, 500. — Observations anatomiques, pathologiques et chirurgicales sur le sinus latéral et la veine jugulaire, John F. Barnhill, 500. — Cas d'inflammation bilatérale du canal auditif externe, Dunbar Roy, 501.
- 14 mai (après-midi). — De l'orthodontie dans ses rapports avec le nez et la gorge. Le développement des dents et l'occlusion comme facteurs dans le développement des os de la face, Frederick Bogues Noyes, 849. — Traitement par l'orthodontie complétant celui du rhinologiste, A. H. Ketcham, 849.
- XII. — *Société autrichienne d'otologie*. — 29 janvier 1912. — Polynévrite cérébrale méniériorforme après emploi du salvarsan, Beck, 172. — Polynévrite cérébrale avec perte de la réaction calorique, le nystagmus rotatoire étant conservé, Beck, 172. — La labyrinthite séreuse, Ruttin, 172. — Présentation, Ruttin, 172. — Méningite séreuse (?) dans la la-

- byrinthite aiguë post-opératoire, E. Urbantschitsch, 173. — Présentation, Bondy, 173. — Carcinome cicatriciel dans le périoste de la mastoïde, Urbantschitsch, 173. — Relation sur l'excitabilité vestibulaire exagérée, Alt, 173.
- 26 février 1912. — Coloration bleue de la paroi interne de la caisse, B. Gomperz, 501. — Sur un cas de tache jaune tympanique, B. Gomperz, 501. — Démonstration d'un cas d'ossification du labyrinthe avec symptôme de compensation de Ruttin, Bondy, 501. — Labyrinthite diffuse à droite, circonscrite à gauche, avec remarques sur les troubles de l'équilibre, Ruttin, 501. — Abscès parotidien ouvert dans le conduit auditif externe, Ruttin, 501. — Carcinome de l'oreille. Amputation du pavillon. Greffes de Thiersch, Ruttin, 501. — Diagnostic différentiel entre la paralysie progressive et la gomme du cerveau, O. Beck, 502. — Perte de l'excitation labyrinthique gauche au cours d'une labyrinthite suppurée droite : retour de la fonction à gauche après opération à droite, O. Beck, 502. — Perte de l'excitation labyrinthique, isolée et d'origine syphilitique avec troubles de l'équilibre d'origine hystérique, O. Beck, 502. — Présentation d'un fauteuil rotatoire, Barany, 503. — Anomalie anatomique dans le trajet de la jugulaire, E. Urbantschitsch, 503. — Neurofibromatose centrale, Bondy, 503. — Nécrose du labyrinthe, Neumann, 503.
- 24 juin 1912. — Névrite syphilitique des nerfs facial et vestibulaire, S. Gatscher, 830. — Un cas d'ectopie dentaire dans le maxillaire supérieur, J. Braun, 831. — Un cas de paralysie isolée et durable du nerf vestibulaire par le 606, J. Braun, 831. — Lésion traumatique du labyrinthe et Salvarsan, O. Beck, 832. — Surdité complète et paralysie vestibulaire après l'influenza, 832. — Polynévrite (acoustique et facial) après la scarlatine, E. Max, 832. — Tuberculose du pavillon. Opération. Guérison, Urbantschitsch, 832. — Pourcentage anormal des globules blancs au cours d'une mastoïdite due au streptococcus mucosus, Urbantschitsch, 832. — Fracture ancienne de la base du crâne avec perte complète de l'excitabilité labyrinthique. Compensation. Paralysie isolée de l'abducens, Ruttin, 833. — Réflexe du pavillon lorsqu'on approche de l'oreille un diapason en vibration, Ruttin, 833. — Labyrinthite suppurée, début de méningite, trépanation du labyrinthe. Guérison, Ruttin, 833. — Gliome du cervelet à gauche avec atrophie totale des nerfs cochléaires et vestibulaires gauches, Ruttin, 833. — Gliome du 4   ventricule avec surdité accentuée et abolition de l'excitation vestibulaire à droite, Ruttin, 833. — Recherches otologiques au sujet de l'explosion survenue à Steinfeld près Wiener-Neustadt le 7 juin 1912, Manthner et Hofer, 833.
- XIII. — *Société argentine d'oto-rhino-laryngologie*. — 21 juin 1909. — Ostéite syphilitique de la base du crâne, E. Obejero, 877.
- 14 juillet 1909. — Présentation d'instruments pour l'opération de la sinusite frontale par voie endonasale, E.-V. Segura, 877.
- 28 juil. 1909. — Un cas d'obstruction d'une choane, A.-L. Quadri, 877.
- 25 août 1909. — Un cas de laryngo-typhus consécutif à une typhoïde de forme anormale, E.-V. Segura, 877. — Lupus nasal, E.-L. Galiano, 878.
- 22 septembre 1909. — Tuberculose miliaire primitive du pharynx et de la base de la langue, E.-V. Segura, 878.
- 13 octobre 1909. — Kyste de l'épiglotte, Zambrini, 878. — Un cas de sinusite maxillaire, A.-L. Quadri, 887. — Deux cas de toux hystériques curieux, E.-V. Segura et J.-C. Correa, 887. — Ulcère pharyngé avec gros infarctus ganglionnaire, J.-C. Correa, 878.
- XIV. — *Société harcelonnaise d'oto-rhino-laryngologie*. — 6 juin 1911. — Un cas de pseudo-sarcome de l'oreille moyenne, Avelino Martin, 203. — Un cas d'intoxication par la fibrolysine, Juan Santana, 204. — Le chlorhydrate double de quinine et durée en oto-rhino-laryngologie, Serra de Martínez, 205. — Spéculum nasal modifié pour petites interventions, Oller, 205.

3 octobre 1911. — Paralyse du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique. Guérison. Présentation du malade, Gay de Montella, 530. — Applications chirurgicales de l'intercrico-thyrotomie, R. Botey, 530. — Présentation d'instruments, Botey, 531. — Note clinique sur l'emploi du carbonate de magnésie dans les papillomes laryngés, Falgar, 531. — Un cas d'ostéome du sinus maxillaire, Falgar, 531.

XV. — *Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.* — XXII^e Congrès annuel Bruxelles 13, 14 juillet 1912. — Élection, 152. — Rapports pour 1913, 152.

13 juillet 1912. — Laryngite phlegmoneuse aiguë, Delie, 152. — Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement du fibrome naso-pharyngien, De Stella, 152. — Diverticule de la portion thoracique de l'œsophage, Van Swieten, 154. — Contribution à la chirurgie de l'apophyse, Brockaert, 155. — Mastoïdites récidivantes, Hennebert, 156. — La stérilisation instantanée des petits instruments d'oto-rhino-laryngologie dans la pratique courante, Trétrap, 157. — Destruction du nez par cancer. Rhinoplastie à lambeaux latéraux, Brockaert, 157. — De la gastroscopie : démonstration, Cheval, 157. — Pathogénie et traitement des bourdonnements (Rapport), Delmarcel, E. Delstanche, 158. — Nouveau procédé d'anesthésie générale par l'éther ; sa valeur en oto-rhino-laryngologie, Descarpentries, 159. — Nodules vocaux et laryngoscopie directe, Guisez, 159. — Un cas de chorée du larynx et du pharynx, Delie, 160. — De l'action spécifique du radium, dans certaines formes de cancer de l'œsophage, Guisez, 161. — Zona otique, Hennebert, 161. — Attaques épileptiformes par inflammation auriculaire périodique provenant d'adénoïdes ; guérison, Trétrap, 162. — Un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral de la veine jugulaire droite avec mastoïde silencieuse, Marbaix, 162. — Phlébite septique et ostéite cervicale consécutives à une otite moyenne, Trétrap, 163. — Mouvements de réaction d'origine vestibulaire sous

l'influence du courant galvanique Buys et Hennebert, 163. — La déviation dans la marche utilisée comme signe complémentaire à l'épreuve thermique, Buys, 163. — Accès de surdité hystérique avec double conscience, M. Marbaix, 164. — Laryngectomie totale pharyngo-œsophagectomie en un temps pour cancer avec adénite, Van den Wildenberg, 164. — Cure radicale endo-nasale sous anesthésie locale de la sinusite maxillaire chronique, Van den Wildenberg, 165. — Tuberculose laryngée traitée par la thyrotomie ou la trachéotomie, Van den Wildenberg, 165. — Mastoïdite primitive, carie du rocher, pachyméningite fongueuse, Labarre, 165. — Labyrinthite chronique diffuse, labyrinthectomie, guérison, Labarre, 165. — Cancer du sinus maxillaire, opération, guérison, Labarre, 165.

XVI. — *Société berlinoise d'otologie.* — 16 février 1912. — Présentation, Bruel, 179. — Présentation, Grossmann, 179. — Nécrose étendue des parois du sinus maxillaire après scarlatine chez un jeune homme, Clauss, 179. — Un cas de luxation du marteau, Krumborn, 180. — Cas d'ostéophlébite-septicopyohémie, Wagener, 180. — Constatactions histologiques sur le labyrinthe chez les sujets à audition normale, Bruehl, 180.

12 mars 1912. — Présentation, Blumenthal. — L'ostéophlébite, Blau, 492. — Atteintes de l'organe auditif par les sons purs du sifflet, Roehr, 492. — Radiographie de la tête, Graupner, 492. — Présentation de pièces, Westenhoefer, 493.

26 avril 1912. — Présentation, Passow, 493. — Présentation, Lehmann, 493. — Présentation, Wagener, 493. — Cas de cholestéatome avec thrombose du sinus et du bulbe, Beyer, 494. — Le sinus maxillaire, Clauss, 494.

28 juin 1912. — Opérations radicales de l'oreille avec fermeture de la plaie sans autoplastie, Blumenthal, 842. — Résultats expérimentaux de la méthode d'examen de l'audition au moyen de l'éducation ; méthode de la résonance de Helmholtz étudiée à la lumière de ces recherches, Kalischer, 843.

- XVII. — *Société danoise d'oto-laryngologie*. — 3 avril 1912. — Cancer de la trachée et l'importance de l'intubation perlaryngéale de la trachée, Tetens Hald, 534. — Pemphigus (du larynx ?) de la cavité buccale, des conjonctives suivi d'un pemphigus cutané généralisé, Tetens Hald, 535. — Abscès sous-périostique de la base du crâne comme complication dans la mastoïdite aiguë, Tetens Hald, 535. — Diminution opératoire du nez, Tetens Hald, 535. — Remarques sur le traitement électrolytique des muqueuses des voies aériennes supérieures par la méthode de Reyn, Strandberg, 535. — Anesthésie locale dans l'opération de Luc-Caldwel, Blegvad, 536.
- 2 octobre 1912. — Document humain pour l'histoire de la trépanation mastoïdienne, Schmiegelow, 851. — Cas de tubercule isolée du cricoïde, Schmiegelow, 851. — Trois cas de résection totale du larynx pour cancer, Schmiegelow, 852. — Cas mortel de corps étranger dans le poumon, Schmiegelow, 852. — Bosse nasale sur le dos des os du nez opérée par voie intranasale, L. Mahler, 852. — Cas de fibrome gingival, L. Mahler, 852. — Traitement endo-bronchique de la bronchite et de l'asthme, L. Mahler, 852. — Présentation de malade avec abcès rétro-pharyngien, Klein, 853.
- XVIII. — *Société de médecine de Berlin*. — 15 mars 1912. — Modification des organes du pharynx à la suite de la syphilis congénitale, Weingaertner, 186. — Présentation d'un chanteur pouvant chanter à double voie, Scheier, 186. — Deux cas de décanulement difficile, Albrecht, 186. — Cas de péri-chondrite du larynx chez un enfant, Albrecht, 187. — Cas d'abcès chronique de l'œsophage, Albrecht, 187. — Radiographie d'une tumeur du pharynx, Albrecht, 187.
- 19 avril 1912. — Présentation d'un appareil pour la laryngoscopie suspendue, Wolff, 521. — Cas de laryngostomie dans la tuberculose étendue du larynx, Hoelscher, 521. — Cas de dilatation du maxillaire supérieur, Sturmman, 521. — Influence des dents sur le développement du nez, Landsberger, 521. — Opérations directes dans le naso-pharynx, Ritter, 522. — Cas de carcinome du pharynx paraissant guéri par l'antimicrobisme de Schmidt, Ritter, 522.
- XIX. — *Société de laryngologie de Philadelphie*. — 30 avril 1912. — Anatomie du sinus maxillaire, Ch. O'Reilly, 191. — Pathologie et diagnostic de la suppuration du sinus maxillaire, George W. Mackenzie, 191. — Au point de vue dentaire, Joseph Ruggins, 191. — Complication orbitaire, Wendell Reber, 191. — Opérations intra-nasales sur le sinus maxillaire, G. M. Coates, 192.
- 3 juin 1912. — Dernière technique de la résection sous-muqueuse de la cloison nasale, W. L. Ballenger, 536.
- XX. — *Société de laryngologie de Vienne*. — 10 janvier 1912. — Méthode de traitement des plaies endonasales avec du collodion, Pischel, 178. — Moyen d'enregistrer les mouvements de langage, Hugo Stern, 178. — Cas de tumeur hypophysaire opérée par la méthode endo-nasale, O. Hirsch, 178.
- 7 février 1912. — Cas de parasigmatisme, H. Stern, 515. — Cas d'ulcus rodens du palais, Menzel, 515. — Photographies rétronasales faites avec le pharyngoscope de Hays, modifié par Kahler, E. Glas, 516. — Fibrome de la muqueuse de la joue et angiome caverneux du cornet moyen, E. Glas, 516. — Photographies de la cavité naso-pharyngienne et du larynx faits avec le pharyngoscope, O. Kahler, 516. — Cas de paralysie du nerf récurrent après une fièvre typhoïde, Fein, 516. — Deux cas de cancer du larynx, développés par métaplasie d'une papillomatose, Marschick, 516. — Cas de sarcome à cellules petites rondes, du maxillaire gauche, traité avec succès par les rayons de Röntgen, Marschick, 517. — Deux cas de conséquences mauvaises d'une adénotomie, Kosler, 517.
- 6 mars 1912. — Nouvelle méthode du diagnostic de la rhinolalie close palatine (spasme palatin), E. Froschel, 858. — Cas de tumeur de la trachée, Marschik, 858. — Cas d'exophtalmie de l'œil droit, causée par une tumeur de l'orbite,

- Marschik, 858. — Cas de kyste par rétention de la bourse pharyngée, Braun, 859. — Cas de glande lymphatique tuberculeuse rétro-pharyngée, Glas, 859. — Cas de tuberculose primitive de l'entrée du nez et de l'amygdale, Glas, 859. — Cas de sinusite sphénoïdale suppurée, fétide, fibrineuse, guérie par l'éloignement de la membrane adhérente, Glass, 859. — Cas de papillome de la luette, Tschiasny, 859. — Cas d'hémorragie très dangereuse après la tonsillectomie, Heindl, 859. — Cas de sténose chronique du larynx, causée par cricotomie faite d'urgence, Kofler, 859. — Cas de troubles d'estomac sérieux, disparus après la tonsillectomie, Kofler, 859. — Cas d'hémangiome caverneux de la muqueuse de la bouche, Hutter, 860. — Rapport sur les opérations faites sur l'amygdale, Weil, 860.
- XXI. — *Société des oto-rhino-laryngologistes de Moscou.* — 25 janvier 1912. — Un cas de laryngostomie, M. Henkinent V. Mechtersky, 187. — Le Salvarsan et la surdité, E. Malioutine, 186. — Un cas d'anomalie de la sécrétion nasale (hydrorrhée), V. Sokoloff, 188.
- 25 avril 1912. — Présentation de malades, Schneider, 866. — Sclérome du nez, du pharynx et du larynx, S. Lébedinsky, 866. — Correction d'une déformation nasale par une opération ostéoplastique, E. Malioutine, 867. — Sur les troubles de l'oreille dans la syphilis et leur traitement par le salvarsan et par le mercure, E. Stepanoff, 867. — Les polypes hémorragiques de la cloison nasale, A. Feldmann, 868. — Note sur l'opération radicale dans l'empyème frontale par un procédé simplifié, N. Schneider, 868.
- XXII. — *Société d'oto-laryngologie de Christiania.* — 4 mars 1912. — Présentation, Uchermann, 881. — Corps étranger du larynx, Uchermann, 881. — Corps étranger de la bronche, Fleitscher, 882. — Présentation, Wetterstad, 882. — Démonstration, Heidenreich, 882.
- XXIII. — *Société d'oto-rhino-laryngologie de Roumanie.* — 6 mars 1912. — Tuberculose de la langue et du larynx, Seligmann, 193. — Présentation, Vexler-Verea, 194. — Sténose laryngée syphilitique, Costiniu et Metianu, 195. — Laryngo-typhus, Costiniu, 195. — Laryngites chroniques, Seligmann, 195. — Sarcome endonasal, Costiniu et Metzianu, 195. — Epithéliome du nez, Costiniu, 196. — Méningite purulente otique, Constantinescu, 196. — Présentation, Birman-Bera, 196.
- 1^{er} mai 1912. — Oblitération de la fosse nasale gauche, Costiniu, 538. — Gomme syphilitique du pharynx et iodure de potassium, Costiniu, 539. — Séquestre osseux dans le larynx, Seligmann, 539. — Corps étranger dans le larynx, Mayershon, 539. — Cas curieux d'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien, Neumann, 540. — Phlegmon amygdalien suivi de mort, Orescu, 879. — Cas de papillome, Seligmann, 879.
- XXIV. — *Société laryngo-otologique de Chicago.* — 20 février 1912. — Hémorragie de la langue chez un hémophile, Otis H. Maclay, 201. — La circulation de l'oreille interne du pigeon, Daniel B. Hayden, 202. — Méningite séreuse et purulente, Norval H. Pierce, 202.
- 12 mars 1912. — Tumeur du nasopharynx, David Eiske, 523. — Paralysie diphtérique de la langue et du voile, Ch. M. Robertson, 524. — Fibrosarcome de la cavité nasale, traitement et guérison, Ch. M. Robertson, 524. — Sarcome à cellules rondes du larynx (parasymphilitique). Opération et guérison, Ch. M. Robertson, 524. — Mastoïdite suivie de thrombose du bulbe et de la veine jugulaire; opération et guérison, Ch. M. Robertson, 524. — Spécimens de corps étrangers enlevés des bronches et de l'œsophage, S. A. Friedberg, 525. — Quelques manifestations nasales dans des conditions générales, Frank Brawley, 525. — Crânes artificiellement déformés avec rapport spécial sur l'os temporal et sa portion tympanique, W. M. Gibbon, 525.
- 16 avril 1912. — Pathologie et bactériologie de cette affection septique de la gorge, David J. Davis, 868. — L'épidémie chez les enfants, Frank H. Walls, 868. — Infection septique de la gorge, Mark T.

- Goldstine, 869. — Ce que le laryngologiste a trouvé, G. P. Head, 869.
- XXV. — *Société de médecine de Kief*. — Section d'oto-rhino-laryngologie. — 3 décembre 1911. — Pemphigus du larynx, G. Dobry, 204. — Deux malades atteints de fistule des canaux semi-circulaires, N. Trofimoff, 206. — Importance de la radiographie pour le diagnostic des affections des sinus annexes du nez et de l'oreille moyenne, A. Chleifer, 206.
- 30 janvier 1912. — Un cas de pemphigus des yeux et de la bouche, G. Dobry et J. Guinsbourg, 541. — Calcul amygdalien très volumineux, A. Toursky, 542. — Sur les procédés d'éclaircissement du conduit auditif externe et de la région tympanique, A. Pachkoff, 532. — Un cas de sinusite frontale opéré par la méthode de Killian, M. Kharchak, 542. — Calcul amygdalien pesant 26 grammes, M. Kharchak, 542.
- 10 mars 1912. — Dégénérescence polypeuse des deux cordes vocales, Golovtchiner, 879. — Ligature de la veine jugulaire dans la pyémie otogène, L. Rotenberg, 880. — Présentation d'un malade atteint de tuberculose de la paroi postérieure du pharynx, Kharchak, 880. — Tuberculose du cornet inférieur du nez, Kharchak, 880. — Tuberculose de la troisième amygdale, Trofimoff, 880.
- 6 avril 1912. — Présentation de malade, Golovtchiner, 880. — Endothéliome du temporal, Aïsenberg, 880.
- XXVI. — *Société médicale suédoise*. — Section d'oto-rhino-laryngologie — 7 décembre 1911. — Un cas de tuberculose laryngée. Extirpation totale du larynx. Mort, Arnoldson, 522. — L'anesthésie locale du tympan selon Blegvad, Boivie, 522. — 110 cas de périonsillite observés à la polyclinique laryngologique de l'hôpital Serafimer à Stockholm, Charlier, 522. — Quelques cas de tumeurs du larynx, Holmgren, 523. — Un cas de tuberculose grave du larynx, où les poumons étaient très peu lésés, Samuelsson, 523. — Un cas de paralysie bilatérale du posticus chez un tabétique, Stangenberg, 523.
- Un cas de dent bicuspidée aberrée par le plancher du nez, Stangenberg, 523.
- 28 septembre 1911. — Un cas de tumeur sous-glottique, Holmgren, 181. — Un cas d'abcès du cervelet, Boivie, 181. — Un grain de café dans la grosse bronche gauche d'un enfant âgé d'une année, Holmgren, 181. — Le premier congrès oto-laryngologique scandinave tenu à Copenhague, le 25 et 26 août 1911, Hæggström, 181.
- 26 octobre 1911. — Les opérations des amygdales chez les enfants, Arnoldson, 181. — Les inditations opératoires dans les otites suppuratives chroniques, Lagerlöf, 182.
- 25 janvier 1912. — Un cas d'otite suppurée chronique opérée selon le procédé conservateur de Heath, Stangenberg, 873. — Neuf cas de méningite traités en 1911 à la clinique otologique de Sabbatsberg à Stockholm Holmgren, 873. — Un cas de submaxillarite et un cas d'otite tuberculeuse avec fistule labyrinthique, Arnoldson, 873. — Volumineux polype nasal chez un enfant et otite suppurée aiguë, labyrinthite et abcès du cervelet, Stangenberg, 873. — Méningite cérébro-spinale diffuse suppurée, d'origine nasale, Norberg, 873. — Sinusite maxillaire séreuse, Norberg, 873.
- 22 février 1912. — Paralysie du voile du palais à gauche après une angine, Weinberg, 873. — Un cas de laryngite aiguë avec pachydermie sur les processus vocaux, Weinberg, 873. — Le temps nécessaire pour la guérison après la trépanation mastoïdienne de Schwartz, Holmgren, 873. — Cinq cas de thrombo-phlébite du sinus sigmoïde compliquée par méningite latérale, Samuelsson, 874. — Des expériences avec le tympan artificiel d'Appert, Charlier, 874. — Cancer tonsillaire d'un syphilitique, Flodqvist, 874.
- 16 mars 1912. — Sur la phonasthénie, Gutzman, 874. — La dilatation endonasale de l'orifice du sinus frontal, Ritter, 874.
- XXVII. — *Société oto-laryngologique de Saint-Petersbourg*. — 24 février 1912. — Présentation

- d'une malade ayant une néoformation de la paroi postérieure du pharynx, J. Goldchtein, 177.
- Présentation d'une malade opérée sur l'antre d'Highmore selon le procédé de Luc-Caldwel, L. Vygodsky, 177. — Présentation d'une malade opérée d'une fistule nasale, L. Vygodsky, 178.
- 9 mars 1912. — Présentation d'un enfant ayant la membrane du tympan de coloration bleue, V. Okuneff, 512. — Un cas de tuberculose de l'arrière-bouche. Présentation du malade, M. Girmounsky, 513. — Anévrysme de l'aorte diagnostiqué à l'aide de l'œsophagoscopie, L. Vygodsky, 513. — Un cas de sarcome traité par l'antimeristem de Schmidt, V. Okuneff, 513. — Un cas d'écoulement céphalo-rachidien par le conduit auditif, L. Vygodsky, 513.
- XXVIII. — *Société oto-laryngologique d'Odessa*. — 28 octobre 1911. — Présentation de pièces (polypes), J. Héheline, 200. — Les difficultés de diagnostic du carcinome laryngé, K. Schmidt, 200. — Opération pour cancer du larynx, K. Schmidt, 200. — Polype nasopharyngien juvénile, K. Schmidt, 200. — Ablation de tumeur du naso-pharynx après section du voile du palais, Tartakovsky, 201. — Empyème caséux du sinus maxillaire droit, K. Schmidt, 201. — Les calculs sanitaires, Snéjkoff, 201.
- XXIX. — *Société oto-rhino-laryngologique de Madrid*. — 30 octobre 1911. — Papillome récidivant, Jimenez Encina, 197. — Cas de corps étranger de la bronche droite, E. Botella, 197. — Sarcome de l'amygdale droite, Hernandez Perez, 198.
- 29 décembre 1911. — Présentation de cas, Gereda, 875.
- 29 janvier 1912. — Lésion de l'oreille interne guérie par le salvarsan. E. Botella, 875. — Syndrome de Gradenigo fruste, Prada, 876.
- XXX. — *Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*. — 10 juillet 1912. — Présentation, Grossard, 833. — Présentation, Boulay et le Marc'Hadour, 834. — Aphasie amnestique d'origine otique, Munch, 834. — Présentation, Delacour, 834. — Présentation, Richou et Le Marc'Hadour, 834.
- XXXI. — *Société Polonaise d'otolaryngologie*. — Lemberg, 6 janvier 1912. — Un cas de trajet anormal de la carotide, Litwinowicz, 199. — Tumeur du nez, Lehm, 199. — Cas de sclérome traités par le salvarsan, Wieser, 199. — Tumeur du cavum, Wieser, 199.
- 30 janvier 1912. — Un cas de rhinolithé antral, Jurasz, 199. — Tumeur du cavum, Wieser, 199. — Un cas d'empyème des cellules ethmoïdales postérieures, Wieser, 199. — Atrésie incomplète de la narine droite, Lehm, 199.
- 30 avril 1912. — Un cas de carcinome du larynx, Stachiewicz, 856. — Un cas de carcinome du larynx, Mondschein, 856. — Corps étranger de l'œsophage, Litwinowicz, 856. — Traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures par la méthode de Pfannenstiel, Lehm, 856. — Atrésie de la narine droite, Lehm, 857.
- 11 juin 1912. — Paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur gauche, Wieser, 858. — Tumeur épilaryngée, Wieser, 857. — Surdité totale après salvarsan, Berstein, 857.
- 2 juillet 1912. — Diaphragme laryngien congénital, Lehm, 857. — Sclérome du palais mou, des piliers et du larynx, Wieser, 857. — Corps étranger de l'œsophage, Jurasz, 857.
- XXXII. — *Société royale de médecine de Londres*. — Section d'otologie. — 17 mars 1911. — Traumatismes de l'oreille externe et moyenne, W. Milligan, 169. — Traumatismes de l'oreille moyenne et interne, C.-A. Ballance, 107.
- 19 mai 1911. — Surdité due à l'occlusion des trompes d'Eustache par du tissu cicatriciel, D. R. Paterson, 526. — Un cas d'érysipèle de la tête ; invasion du conduit auditif droit où s'est formé un abcès avec extension au sterno-mastoïdien et à sa gaine, Arthur H. Cheate, 526. — Trois cas d'otite moyenne suppurée chronique dans chacun desquels le côté opposé était normal ; les six os

appartenant tous au type diplo-
étique infantile, Arthur H.
Cheatle, 526. — Os périostiques
de cétacés fossiles, W. Jobson
Horne, 526. — Vertige labyrin-
thique (syndrome de Ménière non
infectieux) traité par une opéra-
tion, G. S. Jenkins, 526. — Lèpre
avec envahissement des oreilles
externes, du palais et du pharynx,
G. N. Biggs, 527. — Cas de lésion
nasale syphilitique traité par le
606, G. N. Biggs, 527. — Surdité
et cécité temporaires dues à une
toxémie intestinale, A. L. White-
head, 528. — Séquestre du laby-
rinthe opéré chez un enfant de 4
ans, F. H. Westmacott, 528. —
Huit pièces des éléments otiques
de la baleine arctique, F. H.
Westmacott, 528. — Cavité dans
la mastoïde gauche d'une femme
de 75 ans remplie de cholestéa-
tome avec parois lisses polies, F.
H. Westmacott, 528. — Huit cas
d'opérations mastoïdiennes,
Charles J. Heath, 528. — Mastoï-
dite suppurée chronique avec
abcès des lobes frontal et tempo-
ro-sphénoïdal, P. Watson-William-
s, 529.

20 octobre 1911. — Trois cas d'otite
moyenne suppurée, W. Milligan,
861. — Abscess temporo-sphénoïdal
à la suite d'une otite moyenne
suppurée ; opération, guérison,
Milligan, 862. — Abscess temporo-
sphénoïdal, suite d'otite moyenne
suppurée ; opération, mort, W.
Milligan, 862. — Malformation du
canal semi-circulaire externe
osseux avec photographie, Arthur
H. Cheatle, 863. — Auriscope
électrique, P. Macleod Yearsley,
863. — Electro-na-o-pharyngos-
cope de Holmes, P. Macleod
Yearsley, 863. — Tumeur fluctu-
ante au niveau de la pointe de
la mastoïde et de la région mas-
toïdienne droite dans un cas d'affec-
tion mastoïdienne chronique,
Hunter Tod, 863. — Surdité uni-
latérale absolue chez des enfants,
Richard Lake, 864. — Note sur le
traitement du cholestéatome,
Richard Lake, 864. — Sarcome de
l'oreille externe, Richard Lake,
864. — Surdité hystérique dia-
gnostiquée et guérie par l'épreuve
vestibulaire calorique, Dan Mac-
kenzie, 864. — Disparition du
vertige auriculaire (syndrome de

Ménière) par le traitement de la
constipation, Dan Mackenzie, 865.
— Exostose du conduit, présen-
tation du malade après l'ablation,
C. E. West, 865. — Suppuration
chronique ancienne de l'oreille
avec attaques épileptiformes, J.
Dundas Grant, 865. — Epithélioma
de l'oreille externe, G. N.
Biggs, 865. — Un cas d'abcès tem-
poro-sphénoïdal et de méningite
consécutive à une suppuration de
l'oreille moyenne, J. Dundas
Grant, 866.

Section de laryngologie. — 7
avril 1911. — Spécimen d'une tu-
meur pédiculée sur une luette
longue, Herbert Tilley, 182. —
Forme perfectionnée du pharyn-
goscope de Hay, Herbert Tilley,
182. — Laryngite chronique,
Walter Howarth, 183. — Trachéo-
laryngostomie pour sténose à la
suite d'une trachéo-laryngoto-
mie, William Hill, 183. — Cancer
de l'œsophage, William Hill, 183.
— Tube permanent oro-œsopha-
gostatique laissé en place pen-
dant 13 semaines, William Hill,
183. — Deux cas de tumeurs
malignes de l'amygdale du pha-
rynx et de la langue, P. R. W.
de Santi, 183. — Aphonie fonc-
tionnelle chez un garçon de 15 ans,
L. Hemington Pegler, 183. — Tu-
berculose laryngée chez un gar-
çon de 10 ans, W. Jobson-Horne,
183. — Perforation du voile du
palais due à la syphilis, avec phé-
nomènes inaccoutumés, W. Job-
son Horne, 184. — Insufflateur
simplifié pour le traitement des
affections de la gorge, du nez et
des oreilles, W. Jobson Horne,
184. — Cas d'affection laryngée
chez un homme de 45 ans, proba-
blement tuberculeuse, mais ayant
les apparences d'un épithélioma,
W. Jobson Horne, 184. — Coupe
histologique d'un kyste de l'amyg-
dale, W. H. Kelson, 184. — Sté-
nose complète du larynx par
épithélioma chez un homme de 23
ans, St. Clair-Thomson, 184.

5 mai 1911. — Observations au su-
jet du traitement de la sinusite
frontale suppurée, Saint-Clair
Thomson, Irwin Moore, 503. —
Start-Low, 504. — Etat actuel du
traitement des suppurations du
sinus frontal, P. Watson-William,
504.

2 juin 1911. — Bronchoscopie directe sur un malade, P. Watson-Williams, 845. — Œsophagoscopie pour tumeur maligne et application du radium, N. S. Finzi et C.-W. Hope, 845. — Méthode Hill-Herschell pour œsophago-gastrosopie sur le vivant, avec remarques sur les états pathologiques observés par ce moyen, William Hill et G. Herschell, 845. — Séries de corps étrangers enlevés par la bronchoscopie directe de l'œsophagoscopie avec skiagrammes, Herbert Tilley, 845. — Sténose maligne de l'œsophage, P. Watson-Williams, Charles Hope et N. S. Finzi, 845. — Nouvelles notes sur un cas d'épithélioma laryngé, P. Watson-Williams, 845. — Résultats de la cure radicale de la sinusite frontale par le procédé ostéoplastique de Watson-Williams (présentation de malades), P. Watson-Williams, 845. — Pemphigus du pharynx et de la conjunctive, P. Watson-Williams, 847. — Glossite chronique. Cause?, P. Watson-Williams, 847. — Ulcère tertiaire du pharynx, P. Watson-Williams, 847. — Cornet moyen kystique, P. Watson-Williams, 847. — Résultats d'un phlegmon de l'orbite consécutif à une opération ethmoïdale, A. J. M. Wright, 847. — Paralysie de la troisième paire droite consécutive à une opération ethmoïdale, A. J. M. Wright, 847. — Œdème de la conjunctive à la suite d'une sinusite frontale aiguë, A. J. M. Wright, 847. — Tumeur de la joue, C.-F. Walters et N. S. Finzi, 847. — Rapports entre les maladies du nez et des cavités accessoires et les affections de l'œil et de l'orbite, St-Clair-Thomson, 848.

XXXIII. — *Société royale hongroise de médecine*. — Section de rhino-laryngologie. — 24 octobre 1911. — Résection sous-muqueuse de la cloison et opération nasale bilatérale faites en même temps, Polyak, 189. — Polype choanal provenant du sinus maxillaire, Lengyel, 190. — Hydropisie du sinus maxillaire, Baumgarten, 190. — Cas de kyste du maxillaire opéré, Kellermann, 190. — Sur la chirurgie des amygdales, D. de Navratil, 190.

Sociétés de médecine générale

1° SOCIÉTÉS ALLEMANDES

- I. — XXIX^e Congrès allemand de médecine interne. — Wiesbaden, 16-19 avril 1912. — Pathologie de la dilatation de l'œsophage, Starck, 543. — Sur le centre de la parole, Van Velzen, 543. — Diagnostic des tumeurs primaires du poumon, Ephraïm, 543. — Traitement du spasme du cardia, Bruck, 543. — Pathologie et traitement de l'anéau lymphatique pharyngien, Röeder, 545. — Recherches sur le goitre endémique dans le Tyrol, Bauer, 543.
- II. — XIX^e Congrès allemand de médecine interne. — Wiesbaden, 16-19 avril 1912. — Pathologie des dilatations œsophagiennes avec étude spéciale du diagnostic radiographique, Starck, 207.
- III. — Congrès de la Société allemande de chirurgie. — Berlin, 10-13 avril 1912. — Conséquences de l'occlusion opératoire des divisions palatines, Hagemann, 207.
- IV. — XLIV^e Congrès de la Société allemande de chirurgie. — 10-13 avril 1912. — Emploi du radium en chirurgie, Sticker, 543. — Plastique nasale, Jacques Joseph, 543. — Traitement de la sténose de l'œsophage par électrolyse, Jenckel, 543. — Suites tardives de l'occlusion opératoire des fentes palatines, Hagemann, 543. — Extraction d'un corps étranger flottant de l'arbre bronchique, Glücksmann, 543.
- V. — Congrès international d'hygiène et de démographie. — 23-24 sept. 1912. — Exercices respiratoires dans les écoles et les collèges, Knopf, 883. — Hygiène dentaire des enfants des écoles communales, Knopf, 823.
- VI. — XV^e réunion de la Société allemande d'anatomie pathologique. — Strasbourg, 15-17 avril 1912. — Recherches sur la fréquence de la tuberculose des ganglions trachéobronchiques chez les enfants de 6 à 16 ans, Albrecht et Arnstein, 207. — Cancer probablement dysontogénique et à topographie particulière situé entre la trachée et l'œsophage, Ernst, 207.

- La thyroïdite chronique maligne, Meyer, 207.
- VII. — *Société de chirurgie de Breslau*. — Juin 1912. — Bruits d'oreilles par début de formation d'un angiome artériel ramifié avec trajet anormal de l'artère occipitale, Küttner, 544. — Tumeur salivaire inflammatoire, Cœnen, 544.
- VIII. — *Société de Hufeland*. — Berlin, 9 mai 1912. — Plastique de l'aile du nez par la méthode de König, Schmieden, 544.
- IX. — *Société de médecine interne et de pédiatrie de Berlin*. — Section de pédiatrie. — 3 juin 1912. — Participation des médecins d'enfants à l'enquête internationale sur l'ozène, Alexander, 207.
- X. — *Société des médecins d'enfants du sud-ouest de l'Allemagne et du pays rhénan et de la Westphalie*. — Wiesbaden, 16 avril 1912. — Indications de l'adénotomie dans l'enfance, Blumenfeld, 544.
- XI. — *Société des Sciences naturelles et médicales d'Iéna*. — 23 mai 1912. — Présentations, Lexer, 545. — 27 juin 1912. — Opération secondaire de bec-de-lièvre, Lexer, 545.
- XII. — *Société médicale de Essen-sur-Rhur*. — 11 juin 1912. — Présentation, Niederstein.
- XIII. — *Société médicale de Gœttingen*. — 2 mai 1912. — Démonstrations anatomo-pathologiques, Uffenorde, 545.
- XIV. — *Société silésienne pour la culture nationale*. — Breslau, 17 mai 1912. — Présentations, Tritze, 545.
- 2° SOCIÉTÉS AMÉRICAINES
- I. — *Académie de médecine de New-York*. — Section de chirurgie. — 5 avril 1912. — Sarcome du maxillaire inférieur avec résection totale de la moitié droite, Aspinwall Judd, 208. — Sarcome du maxillaire supérieur; résection. Récidive traitée par les rayons X; guérison, Aspinwall Judd, 208.
- II. — *Académie médicale de Cleveland*. — Section d'oto-laryngologie. 26 avril 1912. — Céphalées nasales, Prendergast, 208.
- III. — *Association médicale américaine*. — Section de médecine pratique. — 4 juin 1912. — Relation des streptocoques du lait et de l'angine épidémique, Davis, 208.
- IV. — *Congrès international d'otologie de Boston*. — 12 août 1912, 545.
- V. — *Société américaine de pédiatrie*. — 29, 30 et 31 mai 1912. — Epidémie d'angine de Baltimore avec atteinte des ganglions cervicaux, Rurah, 545.
- VI. — *Société de médecine de Charlottenburg*. — 2 mai 1912. — Technique de l'ablation des lésions adénoïdes, E. Barth, 208.
- VII. — *Société des praticiens de New-York*. — 3 mai 1912. — Septicémie généralisée consécutive à une angine, Gibson, 883.
- VIII. — *Société médicale américaine*. — 3, 4, 5, 6 et 7 juin 1912. — Voie aseptique vers le corps pituitaire, Mac Arthur, 208.
- IX. — *Société médicale de New-York*. — 20 mai 1912. — Mensuration des dents permanentes aux rayons X avant leur éruption pour veiller à une régularisation précoce des arcades dentaires, Toussey, 883.
- X. — *Société médicale du district de Philadelphie*. — 10 janvier 1912. — Relations de l'oreille avec les affections générales, Randall, 209.
- 3° SOCIÉTÉS ANGLAISES.
- I. — *Société harvéienne de Londres*. — 17 oct. 1912. — Un cas de tic lingual, Hay, 883.
- II. — *Société médicale de l'Ulster*. — 9 mai 1909.
- III. — *Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*. — 5 juin 1912. — Les dents chez les écoliers, Shennan, 209.
- IV. — *Société nouvelle de dermatologie de Londres*. — 9 mai 1912. — Présentation, Tom Robinson, 209.
- V. — *Société royale de médecine de Londres*. — 31 mai 1912. — Présentation, Fitzwilliams. — Section de pédiatrie. — 26 avril 1912. — Destruction de la luette dans l'angine de Vincent, Rolleston, 209.
- 4° SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES
- I. — *Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne*. — 2 mai 1912. — Présentation, Knoppelmacher, 209. — 9 mai 1912. — Présentation, Bayer, 209. — Présentation, Magyar, 210. — Présentation de pièces, Pollack, 210. — Extraction d'un corps étranger

- flottant de l'arbre bronchique au moyen de l'association de la bronchoscopie et de la radiographie, Glucksmann, 210.
- II. — *Société des médecins allemands de Prague*. — 19 avril 1912. — Oligodontie réductive, Lissau, 210.
- III. — *Société impériale et royale de Vienne*. — 17 mai 1912. — Présentation, Denk, 210. — Le tubage peroral, Marschick, 210. — 22 juin 1912. — Présentations, Marschick, 210.
- IV. — *Société médicale de Brünn (Moravie)*. — 3 juin 1912. — Présentation, Leischner, 546. — Perte de substance traumatique du dos du nez, Derka, 546. — 17 juin 1912. — Projections, Sternberg, 546.
- V. — *Société médicale de Styrie (Autriche)*. — 15 déc. 1912. — Présentation, von Hacker, 546.
- 5^e SOCIÉTÉS BRÉSILIENNES.
- I. — *Académie nationale de médecine brésilienne*. — 30 juin 1912. — Corps étranger de l'œsophage; œsophagotomie cervicale, guérison, Arnobio Novaes, 883. — Mastoïdite suppurée, Leao de Aquino, 883.
- II. — *Société brésilienne de dermatologie*. — 28 juin 1912. — Présentation de malade, Carneiro da Cuna, 883.
- III. — *Société de médecine et de chirurgie de Rio de Janeiro*. — 28 mai 1912. — Cas de macroglossie, Fl. de Lemos, 883.
- 6^e SOCIÉTÉ DANOISE.
- I. — *Société danoise de dermatologie*. — 84^e réunion, 6 déc. 1911. — Présentation, Kasling, 546. — 7 fév. 1912. — Lupus de la langue, Strandberg, 547. — Stomatite mercurielle; ostéite du maxillaire inférieur avec formation de séquestre, Ehlers, 547. — Présentation de cas, Jersild, 547.
- 7^e SOCIÉTÉS FRANÇAISES.
- I. — *Académie de médecine de Paris*. — 8 octobre 1912. — Traitement local de l'angine de Vincent par l'arsénobenzol, Achard, 547.
- II. — *Académie de médecine de Paris*. — 30 avril 1912. — Acuité auditive après la méningite cérébro-spinale, Marage, 210.
- III. — XXV^e Congrès de l'association française de chirurgie. — Paris, 7-12 oct. 1912. — Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, Guisez, 547.
- IV. — *Société de chirurgie de Lyon*. — 4 juil. 1912. — Résultats éloignés de deux laryngectomies totales, Bérard et Sargon, 549.
- V. — *Société de chirurgie de Paris*. — 29 mai 1912. — Syphilis du corps thyroïde, Poncet, 210. — 5 juin 1912. — Hypertrophie du thymus. Thymectomie, guérison, M. Launay, 211. — 17 juil. 1912. — Synéchies post-opératoires entre le voile et la paroi pharyngée, Sébileau, 211.
- VI. — *Société de thérapeutique de Paris*. — 12 juin 1912. — Anaphylaxie et injections intra-trachéales de sérums antituberculeux, Rosenthal, 212.
- VII. — *Société des chirurgiens de Paris*. — 25 oct. 1912. — Corps étrangers des bronches, Guisez, 883. — Cancer de l'œsophage traité par le radium, 883. — 30 oct. 1912. — Laryngectomie totale pour cancer, Gosset, 883.
- VIII. — *Société des sciences médicales de Gannat*. — 5 mai 1912. — Cas d'apoplexie de la luette, Fabre, 211.
- IX. — *Sociétés des sciences médicales de Lyon*. — 29 mai 1912. — Sténose cicatricielle de l'œsophage, Garel et Gignoux. — 5 juin 1912. — Clou de tapissier au niveau de la bouche de l'œsophage, extraction par voie buccale après anesthésie cocaïnique, Jacod, 550. — 29 juin 1912. — Sténoses cicatricielles de l'œsophage, Sargnon, 550.
- X. — *Société des sciences médicales de Lyon*. — 2 juil. 1912. — Atrésie congénitale des deux conduits auditifs externes avec pavillons rudimentaires et fissure palatine, Rendu, 884. — 10 juil. 1912. — Contribution à la laryngostomie, Sargnon, 884. — Corps étrangers sous-glottiques, complications pulmonaires, trachéotomie, extraction, guérison, Sargnon et Rendu, 884.
- XI. — *Société médicale des hôpitaux de Lyon*. — 25 juin 1912. — Nouvel appareil pour photographier stéréoscopiquement le larynx sur le vivant, Garel, 212. — 5 nov. 1912. — Cancer de l'œsophage avec bourgeons dans la trachée, Mouisset et

Mangini, 884. — 28 mai 1912. — Méningite otogène guérie, Lan-
nois et Mollard, 550.

XII. — *Société médicale des hôpitaux
de Paris*. — 19 avril 1912. — Sté-
nose laryngée causée par un abcès
intra-trachéal, Caussade et Wil-
lette, 212. — 26 avril 1912. —
Tuberculose miliaire aiguë de la
gorge chez un adulte de 28 ans,
(M^{lle} J. Bouteil) et M. Dauzelot,
213. — 14 mai 1912. — Gangrène
pulmonaire par inhalation traitée
et guérie par l'intervention
bronchoscopique, P. Lereboullet
Faure-Beaulieu et G. Payet, 213.
— 5 juil. 1912. — Trois cas de
noma buccal étudiés au point de
vue bactériologique, Zuber et
Petit, 214.

XIII. — *Société nationale de mé-
decine de Lyon*. — 26 fév. 1912.
— Masques en celluloid pour exa-
men des diphtériques et chirur-
gie pharyngo-laryngée, Rendu,
215. — 13 mai 1912. — Corps étran-
ger de la bronche gauche, Barjon,
Jacob et Faujas, 214.

8^e SOCIÉTÉ HOLLANDAISE.

I. — *Société hollandaise de chirur-
gie*. — Avril 1912. — Résection de
la trachée pour sténose, Van Sto-
ckum, 551.

9^e SOCIÉTÉS ITALIENNES.

I. — *Académie de médecine de
Gènes*. — Mai 1912. — Plastique
des ailes du nez, Canestro, 551.

II. — *Académie de médecine de
Turin*. — 7 juin 1912. — Cent cas
d'ozène traités par les radiations
lumineuses, Dionisio, 551. — 14
juin 1912. — Examen de la fonc-
tion auditive au moyen des
voyelles, Gradenigo, 551. — 21
juin 1912. — Action des extraits
tonsillaires sur le système cardio-
vasculaire, Caldera, 551. — 5
juil. 1912. — Cent cas d'otite
moyenne suppurée traités par les
radiations lumineuses, Dionisio,
551. — Traitement de l'ozène par la
méthode de R. Foy, Hahn et Ma-
lan, 551.

III. — *Académie royale de méde-
cine de Turin*. — Juil. 1912. —
Fonctions de la trompe d'Eus-
tache, Dionisio, 885.

IV. — *VII^e Congrès internatio-
nal de la tuberculose à Rome*. —
14-20 avril 1912. — Héliothérapie
des tuberculoses externes, Rollier,
551. — Importance du traitement

non chirurgical des cas de tuber-
culose chirurgicale, Alessandri
(Rome), 551. — Effet des rayons
solaires sur la tuberculose Morin,
552.

V. — *Société de médecine de Parme*.
— 16 fév. 1912. — Développement
du sinus frontal, Lasagna, 214.

VI. — *Société lombarde des sciences
médicales et biologiques de Milan*.
— 22 juin 1912. — Pneumoconiose
et catarrhe des sommets, Devoto,
214. — Epulis double se faisant
vis-à-vis, Arlotta, 215.

VII. — *Société médico-chirurgicale
de Bologne*. — 30 mai 1912. — Gran-
ulome télangectasique du dos de
la langue, Pincherle, 552.

10^e SOCIÉTÉS RUSSSES.

I. — *Assemblée des médecins de
l'hôpital Oboukovsky de Saint-
Petersbourg*. — 16 septembre
1911. — Extraction, à l'aide de la
bronchoscopie, d'une canule tra-
chéale tombée dans une bronche,
V. Lange, 215. — Présentation
d'un malade porteur d'un angiome
de la joue, P. Zvorykine, 215.

II. — *Société de pédiatrie de Saint-
Petersbourg*. — 7 mars 1912. —
Application de la pharyngotomie
sus-hyoïdienne pour l'ablation des
tumeurs naso-pharyngiennes, E.
Heiking, 552.

11^e SOCIÉTÉ SUISSE.

I. — *Société médicale de Genève*. —
3 avril 1912. — Contribution à la
chirurgie du thymus, Kummer,
215.

THERAPEUTIQUE

Action de l'extrait pancréatique sur le bacille tuberculeux, J. Douglas Blackwood.....	634
Action de la quinine et du salicy- late de soude sur l'oreille interne, R. Rister.....	633
Adrénaline en oto-rhino-laryngolo- gie et ses propriétés physiolo- giques, Bourack.....	964
Analgésiques locaux et leur emploi en chirurgie, Le Mée.....	962
Anesthésie générale par injections intra-musculaires d'éther en chi- rurgie, en particulier dans les in- terventions sur la tête et le cou, Descarpentries.....	148
Antitoxines et tubage dans la diphté- rie, Bedford.....	963

- Chlorhydrate de quinine comme anesthésique local dans l'amygdalotomie, Kahn..... 966
- Enseignement oto-rhino-laryngologique en Danemark, Tetens Hald
- Hexaméthylène tétramine, Einsberg
- Instruments nouveaux, Anderson, 312
- Le 944 en oto-rhino-laryngologie*, R. Botey..... 748
- Méthode de Pfannenstill, Staudberg
- Position droite dans les opérations rhino-laryngologiques avec anesthésie générale à l'éther, French 310
- Procédé de mécano-thérapie de la tuberculose pulmonaire, Pedrazzini et de Vecchi..... 311
- Pyrogallol oxydé (pyraloxine) dans les affections des oreilles, du nez et de la gorge, S. von Stein. 310
- Quels services peuvent rendre les rayons X en oto-rhino-laryngologie?, Seiffert..... 635
- Radium dans les maladies du nez et de la gorge, Oustou..... 963
- " 606 " en oto-rhino-laryngologie, Ed. Gereda..... 632
- Traitement des angines par le jus de citron, Keller..... 965
- Traitement des processus infectieux locaux avec l'iodure de Na et l'ozone ou avec l'eau oxygénée, Pfannenstill..... 309
- Traitement du lupus par la méthode de Pfannenstill, Stangenberg..... 311
- Valeur curative des inhalations à sec par la méthode Stefanini-Gradenigo, Gradenigo..... 310
- Valeur thérapeutique des inhalations à sec par la méthode Stefanini-Gradenigo, C. Caldera. 311
- VARIA**
- Aphonie et dysphagie chez un enfant de 5 ans, Virchowsky. 312
- Complications otologiques et laryngologiques de la grippe chez les enfants, Oppenheimer..... 315
- Considérations sur les mensurations du thorax*, M. A. Courtade. 407
- Consultations oto-rhino-laryngologiques, André Castex 217, 574, 900
- Contribution à l'étude des adénomes sébacés symétriques de la face, Olivier Sagory..... 589
- Corps étrangers de nature et de situation étranges, F. Steiner. 536
- Corps étrangers de l'oreille et du larynx pouvant prêter à confusion*, H. Joliat 764
- Couvre-mastoïde*, Mignon.... 120
- Diagnostic précoce de certaines lésions des premières voies respiratoires au point de vue de la prophylaxie antituberculeuse*, G. Ferreri..... 1
- Diagnostic précoce des tumeurs primitives des poumons*, A. Ephraïm..... 14
- Deux voies de la respiration et l'acte respiratoire (suite et fin)*, J. Chabert et M. Labernadie 110
- Développement du nez et du larynx chez l'homme, Ernest Frazer 637
- Enseignement de l'oto-rhino-laryngologie en France, Georges Gellé 635
- Etiologie et traitement de l'épilepsie, Tsiminakis et Zografidis.... 967
- Etude sur la topographie de l'hypophyse, du sinus caverneux et de la carotide interne, Levinger 316
- Extirpation du larynx et du pharynx, Kaijser..... 315
- Hygiène des voies respiratoires, Hering 966
- Index vocal; index verbal. Audition, G. Gradenigo..... 260
- Index ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique, J. Beck. 245
- Inflammations phlegmoneuses des voies aériennes supérieures, Edmond Meyer..... 232
- Logique médicale, analyse critique de la médecine en tant que science, Bieganski..... 235
- Maladies estivales de la gorge, des oreilles et du nez, Hays.... 966
- Maladies septiques dues à une infection des voies aériennes supérieures ou à une suppuration auriculaire, Kissling..... 567
- Manifestations de la psychonévrose en oto-rhino-laryngologie, Teodoro Gaztelu..... 637
- Nécessité de reviser la loi sur la milice en ce qui concerne les affections oto-rhino-laryngologiques, Beco..... 966
- Nouveaux instruments pour l'ablation des amygdales, Ward.. 637
- Nouvelle clinique rhino-laryngologique de Vienne*, O. Chiari et O. Kahler..... 471
- Observations de la pratique*, Nikitine..... 343
- Pièce nouvelle pour le cathétérisme

et l'élargissement de la fente sphénoïdale, Richter.....	316
Précocité et retard à l'école dans leurs relations avec les maladies Mumford	315
<i>Rôle de Cloquet dans la nosologie nasale de la période présécialis- tique, C. Chauveau.....</i>	458, 803
<i>Rôle du professeur Bérard en rhi- nologie, C. Chauveau.....</i>	138
Spirochètes et spirochètoses des voies aériennes et digestives su- périeures, Gerber.....	312
Statistiques de la section oto-laryn- gologique de l'hôpital Saint-	

Joseph et de l'hôpital royal en 1910, Schmiegelow	312
Traité des maladies du nez et du larynx, Saint-Clair-Thomson	553

NOUVELLES

Informations	319, 617
Nominations.....	319, 638
Nécrologie.....	319, 638, 907
Erratum	319, 639, 907
Distinctions honorifiques	319

Le Gérant : M. DESBOIS.